CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

SIXIÈME SESSION

Tenue à Bordeaux du 1er au 7 Août 1895

VOLUME I

Publié par le Dr E. RÉGIS, *Secrétaire général.*

RAPPORTS



PARIS

G. MASSON, EDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1896

RAPPORTS

SUR

LES QUESTIONS DU PROGRAMME

PREMIÈRE QUESTION

LES PSYCHOSES DE LA VIEILLESSE

Rapport du Dr Ant. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

L'étude des « psychoses de la vieillesse » constitue un chapitre en quelque sorte nouveau de la pathologie mentale. Les premiers travaux entrant vraiment dans le cœur de la question sont de date relativement récente. Mais, malgré les nombreuses observations recueillies, les mémoires et thèses publiés dans ces dernières années, bien des points restent encore obscurs et prêtent à la controverse. C'était donc un sujet tout indiqué pour notre Congrès annuel, qui a pour programme et pour but moins la science faite que la science à faire.

Avec les documents publiés, méthodiquement classés et mis en œuvre, il serait aisé de produire une monographie suffisamment complète sur la folie des vieillards; telle n'est pas, croyons-nous, la tâche du rapporteur. Il doit, à notre avis, se borner à rechercher les origines de la question, à faire connaître ses données principales et, après avoir rapidement passé en revue nos connaissances actuelles, chercher à dégager les *desiderata*, afin de mettre sur la voie des recherches nouvelles.

I. — Historique.

Le progrès dans les sciences d'observation consiste surtout dans le perfectionnement de l'analyse des phénomènes qu'elles

étudient. Ce qui frappe tout d'abord, ce sont les ressemblances; d'où la création de grands groupes comprenant les faits les plus disparates, n'ayant de commun que des apparences. Peu à peu, par des différenciations successives, des distinctions s'établissent, les grands groupements se désagrègent et du produit de cette désagrégation naissent des familles nouvelles, avec de multiples variétés.

L'histoire de la médecine mentale, depuis Pinel et Esquirol, fournit l'exemple le plus frappant de cette évolution. Il serait facile de démontrer que les quatre ou cinq types de folie créés par ces illustres aliénistes, types trop compréhensifs, ont subi, l'un après l'autre, ce travail de désagrégation, grâce à une méthode d'analyse clinique de plus en plus perfectionnée; que de chacun sont sortis un nombre plus ou moins grand de types nouveaux ayant, avec quelques points de ressemblance, de nombreux éléments de dissemblance. Cela est vrai surtout de la *manie*, de la *mélancolie* et de la *monomanie*, mais ne l'est pas moins de la *démence*.

Pour Pinel, ce dernier type a quelque chose de vague et d'imprécis. « Une débilité particulière des opérations de l'en- » tendement et des actes de la volonté, qui prend tous les » caractères d'une rêvasserie sénile, a été indiquée par le nom » de *démence* », dit-il quelque part [1]. La description qu'il fait plus loin (p. 175) de cette *démence*, ou *abolition de la pensée*, ne nous en donne qu'une idée très peu satisfaisante; encore moins, trouve-t-on dans ce chapitre des indications sur les diverses variétés de démence. Et cependant, l'illustre réformateur de la médecine mentale avait bien vu que ce bloc, qu'il qualifiait d'*abolition de la pensée,* n'avait rien d'homogène; car, vers la fin de son livre (p. 429), dans le chapitre consacré au traitement, on peut lire : « La démence marquée par l'in- » cohérence des idées et la débilité des fonctions cérébrales » sans agitation et sans fureur, est souvent l'effet d'un âge » avancé et peut être aussi produite par d'autres causes acci- » dentelles; » et plus loin (p. 483) : « La démence sénile n'est » pas moins hors des ressources de la nature et de l'art, et » très rarement aussi peut-on guérir celle qui tient à une cause

(1) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2e édit., p. 139. Paris, 1809.

» accidentelle, surtout si elle est compliquée de certains pré-
» ludes d'apoplexie ou de paralysie. »

Ces quelques citations prouvent que, si Pinel n'a donné de la démence qu'une description aussi vague que l'était sa psychologie, il a su du moins, en bon clinicien, déterminer deux variétés de cette forme mentale : la démence sénile et la démence apoplectique.

Esquirol fit faire, quelques années après, un pas important à la question, qui allait devenir plus explicite.

Dans son article *Démence*, publié en 1814 dans le *Dictionnaire des Sciences médicales en 60 volumes*, cet éminent aliéniste donne une description plus clinique de ce type morbide, et, poussant très avant l'analyse des faits, il distingue huit espèces de démence, qu'il décrit très sommairement.

Dans sa description de la démence sénile, la seule qui nous intéresse, mais qui est assez superficielle, il y a lieu de relever l'observation suivante : « On pourrait croire que la manie peut
» être confondue avec la démence lorsqu'elle éclate dans un
» âge très avancé; ce serait une erreur que nous nous sommes
» efforcé de prévenir dans cet article, en précisant les carac-
» tères de la démence. Il y a des manies, même avec fureur,
» qui éclatent après l'âge de quatre-vingts ans, et que l'on
» guérit quelquefois, tandis que la démence sénile est évidem-
» ment incurable (¹). »

Ce passage contient en germe la distinction, aujourd'hui généralement acceptée, entre la démence sénile proprement dite et les psychoses de la vieillesse.

On sait que le grand ouvrage d'Esquirol sur les maladies mentales, n'est que la réunion de ses articles du *Dictionnaire en 60 volumes*, qu'il a modifiés, augmentés, les faisant ainsi profiter de ses acquisitions dans le domaine de la pathologie mentale. Le paragraphe sur la démence sénile est, en particulier, un exemple frappant de la sagacité de cet observateur et des progrès qu'il fait sans cesse dans l'analyse clinique des symptômes.

Dans le premier article, la démence sénile est seulement

(¹) *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. VIII, p. 293. Paris, 1814, C. L. F. Panckoucke, édit.

indiquée et ne contient presque rien en dehors du passage cité plus haut; dans le second, au contraire, on trouve une description magistrale, à laquelle on a peu ajouté depuis et que nous croyons devoir reproduire.

« L'homme, insensiblement poussé vers la vieillesse, perd sa » sensibilité avec le libre exercice des facultés de l'entende- » ment, avant d'arriver au dernier degré de décrépitude. La » démence sénile s'établit lentement. Elle commence par » l'affaiblissement de la mémoire, particulièrement de la mé- » moire des impressions récentes. Les sensations sont faibles; » l'attention, d'abord fatigante, devient impossible; la volonté, » incertaine, est sans impulsion, les mouvements sont lents et » impossibles. Cependant, la démence sénile débute assez » souvent par une excitation générale qui persiste pendant » plus ou moins longtemps et qui se révèle par l'exaltation » tantôt d'une fonction, tantôt d'une autre. Cette fonction » s'exerce avec une énergie nouvelle et insolite qui trompe le » vieillard et en impose à ceux qui l'entourent. Ainsi, il est des » sujets qui, avant de tomber dans la démence, deviennent » d'une grande susceptibilité, s'irritent pour la moindre chose; » ils sont très actifs, veulent tout entreprendre et tout faire. » D'autres éprouvent des désirs vénériens qui étaient éteints » depuis longtemps et qui les poussent à des démarches et à » des actions contraires à leurs habitudes de continence. Quel- » ques autres, très sobres, ont un appétit désordonné pour les » aliments épicés et de haut goût, pour le vin, pour les » liqueurs. A cette surexcitation ne tarde point à succéder la » démence. Ces symptômes d'excitation générale sont les pre- » miers signes de la démence sénile. Ce passage de l'excitation » à la démence est brusque, surtout lorsque les vieillards sont » contrariés dans leurs désirs déraisonnables ou placés dans » l'impossibilité de les satisfaire. On ne confondra pas cette » excitation avec la manie qui éclate dans un âge très avancé, » chez des vieillards forts, robustes et bien conservés (1). »

Esquirol, ces extraits de son œuvre le prouvent surabondamment, admettait donc une psychose sénile, la *manie*, et la distinguait même très nettement de cette période d'exci-

(1) *Des maladies mentales*, 1838. Edit. belg. t. II, p. 65.

tation générale, prémonitoire en quelque sorte de la démence sénile.

Pendant plus d'un tiers de siècle, de 1838 à 1873, la question resta en quelque sorte au point où l'avait mise l'illustre médecin de Charenton. Pendant cette longue période de temps, on ne trouve guère à glaner dans les écrits des aliénistes, que quelques faits isolés, quelques assertions vagues, n'ajoutant rien ou peu de chose à ce qu'on savait déjà.

En 1850, le *Journal of psychological Medicine* du Dr Forbes Winslow insérait un travail du Dr G. Day, ayant pour titre : *Aliénation de la vieillesse*, et qui traite surtout des excès vénériens chez les vieillards [1].

Les Traités de maladies mentales ne nous apprennent que peu de chose, et ce peu, il le faut aller chercher soit à la partie consacrée à l'étiologie générale de la folie, soit au chapitre sur la démence.

Morel, dont les remarquables travaux ont ouvert à la médecine mentale des voies nouvelles, semble avoir en quelque sorte pressenti l'importance de la question que nous traitons. En 1852, il fait observer qu'il n'est pas rare « de voir éclater chez les vieillards la folie avec ses formes les plus aiguës [2] » et il en cite deux cas observés dans son service de Maréville : « Chez une des femmes dont je parle, dit-il, une nymphomanie des plus hideuses se trouvait en rapport avec une affection ovarique. Dans un autre cas, une maladie dartreuse générale semblait déterminer chez une femme de quatre-vingt-quatre ans, des exacerbations maniaques pendant lesquelles nous avions sous les yeux le triste spectacle de toutes les dépravations intellectuelles et morales que l'on remarque parfois dans ces cruelles maladies. »

Plus loin, Morel proteste contre cette opinion si répandue de la coexistence de la démence sénile avec un âge avancé. Avec Ferrus, il croit que ce fait a été singulièrement exagéré et que beaucoup de vieillards, malgré la diminution de la vivacité de leurs souvenirs et de leurs impressions, conservent

(1) V. anal. de ce travail par Brière de Boismont (*Annales médico-psychologiques*, 1852, 2e série, t. IV p. 107).

(2) *Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés*, t. I. p. 233 et suiv. Paris, 1852.

l'énergie de leurs facultés. Ce point nous semble important à retenir; l'observation clinique le confirme : les quelques vieillards atteints de délire systématisé qu'il nous a été donné de voir nous ont prouvé qu'ils ne le cédaient en rien aux adultes pour la *cohésion* de leurs conceptions délirantes.

Dans son *Traité des maladies mentales*, publié en 1860, Morel n'apporte aucune contribution nouvelle à la question; il y consacre à peine quelques lignes dans son chapitre sur l'étiologie de la folie, dont nous détacherons les suivantes : « J'ai assez souvent remarqué chez les vieillards, en dehors de lésions organiques bien déterminées, une espèce d'exaltation que je voudrais appeler *folie sénile*. Une irritabilité singulière, un besoin anormal de locomotion et de déplacement, l'idée d'une énergie intellectuelle et physique au-dessus de leurs forces, dominent alors les actes des vieillards et il n'est pas rare de voir éclater une folie aiguë, promptement mortelle, avec ou sans complication d'hémorragie cérébrale (p. 105). »

Marcé, dont les recherches sur l'anatomie pathologique de la démence sont classiques, a méconnu le problème clinique qui nous occupe. Dans son remarquable *Traité pratique des maladies mentales* (Paris, 1862), il pose en aphorisme qu' « à partir de soixante ans toutes les formes de folie se compliquent facilement de démence » (p. 113); et plus loin (p. 396), il dit : « L'âge avancé des sujets facilite le développement de la démence, alors même qu'il n'existe aucune autre complication. J'ai vu guérir en deux mois un accès de mélancolie chez une dame de soixante-quinze ans; mais ces faits sont rares et pour peu que la maladie se prolonge, l'affaiblissement sénile, qui est une des lois de l'évolution de l'intelligence, ne tarde pas à survenir et à lui imprimer le cachet de l'incurabilité. »

De la première partie de cet historique, il ressort très clairement que, pour tous les psychiâtres français de la première moitié du siècle, en ce qui concerne les maladies mentales des vieillards, la démence est la règle et la psychose l'exception. Il en est de même à l'étranger. En Allemagne, par exemple, Griesinger, dans la seconde édition de son *Traité des maladies mentales*, publié en 1862, ne fait que reproduire l'opinion des auteurs français, en l'accentuant toutefois davantage. « La démence sénile, écrit-il, n'est pas la seule forme mentale que

l'on observe dans un âge avancé. Esquirol a vu deux femmes, l'une de quatre-vingts et l'autre de quatre-vingt-quatre ans, qui ont été prises de manie et qui ont guéri. Burrows rapporte un cas de mélancolie suicide chez un individu âgé de quatre-vingt-quatre ans; moi-même j'ai vu dernièrement un cas de mélancolie récente chez une femme de quatre-vingts ans (1). »

Le médecin aliéniste qui, le premier, ait traité d'une façon distincte la *folie sénile* est un Anglais, le Dr Maudsley. Cet observateur distingué a consacré un chapitre spécial à cette variété d'aliénation mentale, dans laquelle il fait entrer, outre la démence, la *mélancolie sénile*. Il nous donne de cette variété une description saisissante, que nous aurons l'occasion de reproduire.

Mais la première monographie sur les psychoses de la vieillesse est due à un médecin suisse, le Dr Wille (2). C'est à ce travail important qu'il faudra toujours se reporter; car, grâce aux nombreux documents qu'il contient, il fait définitivement sortir la question de la période de vague et d'imprécision dans laquelle elle se trouvait jusque-là, pour la rendre claire et explicite.

Cette œuvre, publiée en 1873, est le point de départ de toute une littérature spéciale, d'une série de publications du plus haut intérêt qui envisagent le problème sous ses faces multiples et dont les principales sont dues surtout à des écrivains allemands et français.

Parmi les premiers, nous signalerons spécialement Weiss (3) et Fürstner (4), dont les articles très nourris de faits apportent une contribution importante à la question. En France, ce sujet nouveau semble avoir spécialement attiré l'attention des jeunes aspirants au doctorat; parmi les thèses soutenues, nous citerons par ordre de date, celles de Goudal (5), Thivet (6), Olli-

(1) Griesinger. — *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, traduc. franç. par le Dr Doumic, p. 174. Paris, 1865.

(2) Wille. — Die Psychosen des Greisenalters. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. XXX, 1873-1874).

(3) Weiss. — Die Psychosen des Greisenalters, (*Wiener med. Pres.* 1880).

(4) Fürstner. — Ueber die Geistesstörungen des Seniums, (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheinten*, t. XX, 1889).

(5) Goudal. — *De l'aliénation mentale chez les vieillards*, th. de Paris, 1884.

(6) Thivet. — *Contribution à l'étude de la folie chez les vieillards*, th. de Paris, 1889.

vier (1), Toulouse (2), Pécharman (3). Les recueils de médecine publièrent des mémoires sur des points spéciaux, tels que ceux de Régis (4) et de Biaute (5); des revues générales, telles que celle de Rouillard (6); des observations détaillées, qui sont des modèles d'analyse clinique et dont les plus intéressantes sont dues à Séglas (7), à Ballet et Arnaud (8).

La Société médico-psychologique, pour le prix Aubanel à décerner en 1891, a proposé pour sujet: *De la folie des vieillards*. Un seul mémoire fut envoyé; il était dû à la collaboration des Drs H. Mabille et Lallement. Ce travail est encore inédit; mais l'éloge qu'en a fait le rapporteur du prix, la récompense qu'il a obtenue, nous semblent devoir encourager ses auteurs à le publier.

Ce long historique peut se résumer en quelques lignes. Au commencement du siècle, Pinel et Esquirol séparent nettement du groupe confus des démences la démence sénile. Le second de ces aliénistes donne, le premier, une description magistrale de cette variété d'affaiblissement de l'intelligence et constate, en même temps, qu'elle n'est pas le seul trouble mental atteignant les vieillards : ils peuvent présenter aussi des accès de manie, même de manie curable. La question reste ensuite stationnaire pendant plus de trente ans; à peine si, de temps à autre, une observation nouvelle, venant s'ajouter à celles publiées par Esquirol, apporte une confirmation de l'opinion émise par l'illustre médecin de Charenton.

Maudsley d'abord, Wille ensuite, le premier par sa description de la mélancolie sénile, le second par sa monographie, introduisirent définitivement l'étude distincte des psychoses

(1) OLLIVIER. — *Contribution à l'étude des maladies mentales des vieillards*, th. de Paris, 1891.

(2) TOULOUSE. — *Étude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme*, th. de Paris, 1891.

(3) PÉCHARMAN. — *Essai sur les psychoses de la vieillesse*, th. de Paris, 1893.

(4) RÉGIS. — Note sur quelques cas de folie héréditaire chez les gens âgés (*Annales médico-psychologiques*, 1887, t. V, p. 210).

(5) BIAUTE. — Maladies mentales des vieillards et leur influence sur la capacité pour donner et tester (*Annales médico-psychologiques*, 1889, t. X. p. 62).

(6) ROUILLARD. — Les troubles mentaux des vieillards; revue générale (*Gazette des Hôpitaux*, 1889, n° 79).

(7) SÉGLAS. — Les psychoses séniles et tardives (*Progrès médical*, 1888).

(8) G. BALLET et ARNAUD. — Délire systématisé des grandeurs sans affaiblissement intellectuel notable chez un vieillard de quatre-vingts ans passés (*Annales médico-psychologiques*, 1893, t. I, p. 161).

de la vieillesse dans la pathologie mentale. Leurs travaux, en appelant l'attention sur ces modalités psycho-pathologiques du dernier âge de la vie, provoquèrent la publication d'un nombre considérable de documents (observations cliniques, mémoires, notes diverses), permettant, sinon de résoudre la question, il n'en est jamais de complètement résolue, du moins de présenter un corps de doctrine suffisant qui, en nous aidant à bien délimiter le sujet, nous en indique aussi les points faibles, ceux sur lesquels doit être appelée spécialement l'attention des observateurs.

La question des « psychoses de la vieillesse » nous semble aujourd'hui très nettement délimitée; elle n'est qu'un chapitre, et non des moins intéressants, de la pathologie cérébrale et mentale des vieillards. Dans ce chapitre ne saurait trouver place la description de la démence sénile avec les multiples idées délirantes qui peuvent s'y produire; encore moins faut-il y faire entrer l'étude de ces troubles mentaux consécutifs à des lésions en foyer, à des ramollissements, des hémorragies du cerveau, ou celle de la paralysie générale des vieillards, grand sujet de controverses et qui est loin d'être résolu.

Notre programme est plus restreint et nettement circonscrit. Il a pour objet de démontrer qu'il se développe des psychoses ou vésanies chez des vieillards jusque-là indemnes de tout trouble mental; il importe de rechercher la fréquence de ces psychoses, si elles présentent des caractères symptomatiques propres, quel est leur pronostic et leur terminaison.

Cette étude sera précédée de quelques considérations générales sur la psychologie de la vieillesse, terrain sur lequel se développent les psychoses à décrire; il nous paraît utile de la faire suivre d'un court chapitre où nous essaierons d'indiquer ce que deviennent, au dernier âge de la vie, les vésanies acquises aux époques antérieures. En s'appuyant sur une saine observation clinique, il y a là, croyons-nous, à rectifier certaines erreurs qui ont généralement cours. Nous terminerons ce rapport par un paragraphe de médecine légale, les psychoses de la vieillesse soulevant de fréquentes questions de capacité et de responsabilité à propos desquelles le médecin peut être appelé à donner son avis.

II. — Psychologie de la vieillesse.

Les caractères psychologiques de la vieillesse sont en rapport direct avec les modifications que le progrès de l'âge fait subir à l'état psychologique du cerveau, et en particulier de l'écorce. Tous les tissus de cet appareil sont soumis à une sorte de loi de régression, d'involution sénile, qui a un retentissement marqué sur son fonctionnement.

Les artères cérébrales, devenues athéromateuses, altèrent sensiblement la circulation sanguine et, par suite, la nutrition des éléments nobles. Dans l'intimité de ces derniers se produit un travail de dégénérescence progressive, amenant peu à peu leur atrophie. Ce travail est plus ou moins tardif, plus ou moins lent, suivant les individus. Cette involution sénile du cerveau peut ne se produire qu'à un âge très avancé, à soixante-dix ans par exemple; mais on la voit aussi apparaître à des époques antérieures de la vie, prématurément en quelque sorte; elle porte alors le nom de *sénilité précoce*. On a l'âge de ses artères, dit justement un aphorisme médical connu; et de fait, n'est-ce pas l'athéromasie artérielle qui est le phénomène primordial de cette phase de régression anatomique, qui constitue en réalité la vieillesse de notre organisme?

Ces modifications dans la structure intime des éléments du cerveau entraînent à leur suite des transformations sensibles dans la vie psychique de ceux qui les subissent, transformations non seulement dans le domaine de l'intelligence, mais aussi du sentiment et du caractère.

Au point de vue intellectuel, ce qui frappe tout d'abord, ce sont les altérations de la mémoire. « On a remarqué depuis longtemps, écrit Cabanis (¹), que, dans la vieillesse, les impressions les plus récentes s'effacent aisément; que celles de l'âge mûr s'affaiblissent, mais que celles du premier âge redeviennent, au contraire, plus vives et plus nettes. » Ce phénomène constant a été appelé par M. Th. Ribot : *la loi de*

(¹) Cabanis. — *Rapports du physique et du moral de l'homme*, édit. L. Peisse, p. 212. Paris, 1844.

régression de la mémoire (¹); elle nous apprend l'ordre dans lequel la mémoire se défait et a été déjà admirablement formulée par Cabanis (²) de la manière suivante : « On voit les souvenirs s'effacer dans l'ordre inverse où les impressions ont été reçues, en commençant par les plus récentes, qui sont les plus faibles, et en remontant jusqu'aux plus anciennes, qui sont les plus durables. »

En même temps que ces troubles de la mémoire, il s'en produit d'autres dans la sphère de l'association des idées. Le vieillard devient peu à peu incapable de créer de nouvelles associations; ou bien, s'il en crée encore, elles manquent d'adhérence et ne tardent pas à se dissocier.

Les modifications de la vie sentimentale sont peut-être plus nettes et plus frappantes. Ce qui prédomine, c'est la *tendance égocentrique,* selon l'expression de Ziehen (³), ce que nous appelons les *sentiments égoïstes.* On voit, en effet, se perdre peu à peu chez le vieillard cette faculté si naturelle à l'homme de s'intéresser aux idées, au sort d'autrui; bien plus, il arrive un moment où il ne fait plus aucun effort pour comprendre ce qui n'est pas lui. Toutes ses pensées, toute son attention se concentrent sur ses besoins physiques, sur ses agréments personnels; et c'est bien dans ces cas qu'on ne retrouve plus ce « défaut de consistance dans les déterminations » qui est dans l'ordre des choses, mais bien plutôt de la fixité et de l'entêtement.

A ce développement de l'égoïsme correspond, chez le vieillard, une diminution sensible des sentiments affectifs, se manifestant surtout par de la défiance vis-à-vis de ceux qui lui étaient le plus chers, défiance pouvant devenir presque pathologique, aller jusqu'à l'animosité, engendrer des idées de persécution et le pousser à des actes, sinon dangereux, du moins préjudiciables aux intérêts de sa descendance.

N'est-ce pas aussi un effet de cette *tendance égocentrique* qui pousse le vieillard à louer les temps passés *(laudator temporis acti),* à comprendre difficilement le présent, à se replier constamment sur lui-même, à parler de lui sans cesse

(¹) Th. Ribot. — *Les maladies de la mémoire,* p. 92. Paris, 1881.
(²) Cabanis. — *Loc. cit.,* p. 213.
(³) Ziehen. — *Psychiatrie für Aezrte und Studirende.* p. 231. Berlin, 1894.

et avec une sorte de volubilité? En effet, comme l'a si bien dit Legrand du Saulle [1], « indifférent, égoïste, aimant de moins en moins les autres, s'aimant chaque jour davantage, il rapporte tout à lui-même et laisse complaisamment le moi se centupler ».

Heureusement, ces modifications de caractère, qu'on observe chez presque tous les hommes arrivés à un certain âge, ne nuisent pas à leur sociabilité. Grâce à la conservation de leur intelligence, à leur éducation antérieure, à leur volonté qui a conservé une partie de son énergie, ils parviennent d'ordinaire à les dissimuler; elles ne transpirent qu'à des moments exceptionnels, soit sous l'influence d'un choc moral, soit même d'un simple malaise physique; et alors, le vieillard apparaît avec tout le cortège symptomatique de l'hypertrophie de la personnalité.

Entre cette phase, en quelque sorte physiologique de la vieillesse, et la démence sénile proprement dite, Legrand du Saulle [2] admettait un état mixte, intermédiaire entre l'état normal et l'état pathologique, qui se caractérise par l'abaissement du niveau intellectuel. Les vieillards qui ont franchi ce nouveau degré de leur déchéance organique « ont un cercle d'idées moins étendu, repoussent toutes les innovations, oublient les choses présentes et s'expriment d'une façon longue, diffuse, obscure, parfois même contradictoire; ils racontent très fréquemment les mêmes histoires, insistent sur les mêmes détails et, en un mot, ils rabâchent. Leur caractère est modifié, leur volonté est moins ferme, leur parole est lente, monotone, mais non embarrassée, et leur écriture est normale, quoique légèrement tremblée. Devenus plus faciles à gouverner, à dominer, à effrayer, à capter, quoique plus irritables, ils n'ont plus d'entrain, travaillant difficilement et se fatiguent vite. Conservant leur ancien genre de vie, continuant leurs mêmes occupations, ils vont et viennent comme par le passé; mais, si l'on compare ces individus à ce qu'ils étaient autrefois, on note un affaiblissement sensible et l'on dit d'eux qu'ils ont vieilli, qu'ils ont baissé ».

Les auteurs ont beaucoup discuté, sans pouvoir se mettre

(1) *Le délire des persécutions*, p. 281. Paris, 1871.
(2) *Loc. cit.*, p. 282.

d'accord, pour savoir à quel âge commence la vieillesse. Pour les pessimistes, elle commencerait après cinquante-cinq ans; pour les optimistes, elle serait reculée jusqu'à soixante-dix ans. Entre ces deux dates extrêmes, on peut en choisir d'intermédiaires et on n'y a pas manqué.

Quoi qu'il en soit, et en faisant abstraction de la sénilité précoce dont nous n'avons pas à nous occuper ici, il faut admettre que le commencement de la vieillesse peut difficilement être fixé, car il peut être plus ou moins retardé, plus ou moins avancé, suivant la constitution individuelle, le genre de vie et une foule d'autres circonstances. *Aetas non annis sed viribus estimatur*, dit un vieil adage qui est toujours vrai. Et de fait, ce n'est pas au chiffre de ses années, mais à l'état de ses forces physiques et intellectuelles qu'il faut juger de l'âge d'un homme. Il existe, dans toutes les classes de la société, de ces êtres privilégiés qui conservent ces forces au delà des limites ordinaires de la vie; mais on a remarqué avec raison que c'est dans les professions libérales, parmi les hommes qui se livrent pendant toute leur existence au travail cérébral, qu'on observe surtout ce qu'on a appelé la *longévité intellectuelle*. D'illustres exemples de notre siècle, comme d'ailleurs de tous les siècles, prouvent que la culture constante et assidue de l'intelligence, loin d'user le cerveau, selon une expression populaire, lui conserve au contraire son énergie et lui permet une activité plus prolongée. Sans doute, cette activité cérébrale, quelque admirable qu'elle soit encore chez un Voltaire, un Biot, un Littré, etc., arrivés à l'extrême vieillesse, ne saurait être comparée à ce qu'elle était dans l'âge mûr; elle n'était surtout plus créatrice. « La faculté des créations et des conceptions, c'est là ce qui sépare de l'homme en sa plénitude le vieillard en sa décroissance [1]. »

Ce qu'il importe surtout, pour notre sujet, de bien établir, c'est que la vieillesse ne doit pas être confondue avec la démence sénile; la première est un état physiologique, une étape de l'évolution individuelle qui, comparée aux âges antérieurs, présente des caractères particuliers très marqués, il est vrai, du sceau de la régression ou de la dégénérescence; la seconde,

[1] E. Littré. — *Médecine et médecins*, 2e édit., p. 490. Paris. 1872.

au contraire, est un état pathologique nettement défini avec sa symptomatologie, ses lésions anatomiques, etc. (1).

Entre ces deux états existe un fossé profond que la majorité des vieillards ne franchit jamais, que beaucoup ne franchissent que très tard et quelques-uns prématurément. De même que la démence vésanique est une des terminaisons des maladies mentales de l'âge adulte, la démence sénile est le plus souvent l'aboutissant des psychoses de la vieillesse; celles-ci semblent alors comme le prélude de la déchéance complète de la vie cérébrale.

Sans nous arrêter aux raisons invoquées par les auteurs pour avancer ou retarder l'époque de la vieillesse, nous croyons qu'il faut en placer le début après soixante ans. C'est donc des psychoses éclatant après cet âge qu'il sera question dans le chapitre suivant.

III. — Psychoses de la vieillesse.

Dans le groupe des psychoses séniles ne doivent entrer, nous l'avons déjà dit plus haut, que celles qui se développent chez des vieillards jusque-là indemnes de tout trouble mental. Il y a donc lieu d'éliminer de cette description tous les cas de folie éclatant à un âge avancé, qui ne sont que la reproduction d'accès antérieurs. Leur étude n'en présente pas moins le plus grand intérêt et trouvera place dans le chapitre consacré à la folie *chez* les vieillards.

Si l'on s'en rapporte aux faits publiés jusqu'ici, on observe dans la vieillesse les principales formes de psychoses qu'on rencontre dans l'âge adulte. On a vu par l'historique que la manie d'abord, puis la mélancolie ont été constatées chez les vieillards; plus récemment, le professeur Fürstner a démontré chez eux la fréquence de la confusion mentale *(Verworrenheit)* et d'autres auteurs ont publié des cas intéressants de délire systématisé, soit de persécution, soit de

(1) Marcé. — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile, etc. (*Gazette médicale de Paris*, 1863).

grandeurs. A ces diverses formes, il faut ajouter la folie instinctive, la folie à double forme et même l'hystérie.

Le tableau suivant présente les psychoses de la vieillesse d'une manière aussi méthodique que possible, mais sans aucune prétention à une classification naturelle.

TABLEAU DES PSYCHOSES DE LA VIEILLESSE.

Manie.
Mélancolie { simple. / anxieuse. / avec stupeur. / suicide.
Folie à double forme.
Confusion mentale.
Délire systématisé { de persécution. / de grandeurs.
Folie instinctive : Kleptomanie, érotisme, exhibitionnisme, etc.
Hystérie sénile.

MANIE. — La manie, quoique la première psychose observée chez les vieillards, n'est pas cependant la plus fréquente. Fürstner ne l'a rencontrée que 9 fois sur 81 cas de folie sénile recueillis par lui. Les observations complètes publiées sont rares, surtout si on élimine celles concernant des intermittents.

La manie peut se présenter dans la vieillesse sous ses diverses formes, depuis la simple excitation maniaque jusqu'à la manie avec fureur. Se manifeste-t-elle avec des caractères autres que chez l'adulte ? A cette question, la science ne peut encore répondre avec toute la certitude désirable; il importe que de nouveaux faits cliniques, analysés avec soin, viennent nous apporter plus de lumière. Cependant les documents que nous possédons permettent déjà d'établir certaines différences, un peu délicates et presque insensibles; ce ne sont peut-être que des nuances, mais elles existent.

Comme chez l'adulte, l'accès de manie est précédé, chez le vieillard, d'une période prodromique d'une durée plus ou moins longue, de dépression mélancolique sans idées délirantes; puis, presque subitement, l'agitation fait explosion. Elle devient rapidement très violente et se transforme facile-

ment en une véritable fureur, avec mouvements désordonnés, incoercibles. Le malade, malgré son âge, déploie une force musculaire prodigieuse et, en quelque sorte, inépuisable. Malgré cette incessante mobilité, ces mouvements brusques et tumultueux, jamais il ne ressent la fatigue; pendant des semaines et même des mois, jamais le sommeil ne vient calmer cette agitation; les nuits se passent à crier, à vociférer.

Dans le flux de paroles que le vieillard maniaque exprime, on ne retrouve pas cette richesse, cette rapidité d'idées qui se constate chez l'adulte. Le cercle en est plus restreint et semble souvent se concentrer dans la sphère érotique. De là ces discours grossiers, violents, d'une révoltante obscénité qui sortent de la bouche des vieillards des deux sexes et qui sont en complète contradiction avec leurs habitudes antérieures; de là aussi cette perte complète du sentiment de la pudeur qui pousse ces malades à des actes souvent dégoûtants : ils deviennent provoquants, se découvrent, montrent leurs organes génitaux, se livrent publiquement à l'onanisme, etc.

Souvent aussi ils sont pris d'impulsions subites et violentes, qui les rendent dangereux pour la sécurité d'autrui; d'autant plus que l'agitation maniaque à laquelle ils sont en proie semble avoir décuplé leurs forces.

Ce qui, pour nous, distingue donc la manie qui fait explosion dans la vieillesse, c'est d'abord la tendance plus grande à la fureur et à l'incoercibilité des mouvements; c'est ensuite l'exagération des tendances érotiques poussées jusqu'au satyriasis et à la nymphomanie.

Un autre symptôme qui semble assez fréquent est le délire des grandeurs, de satisfaction, de richesse : les femmes se disent duchesses, princesses, possèdent de l'or, des pierreries, etc.; les hommes se donnent des titres honorifiques, sont chefs d'armée, présidents de République, parlent de millions, même de milliards, veulent racheter l'Alsace et la Lorraine, etc. Il y a là quelque analogie avec les idées ambitieuses des paralytiques généraux.

Quelle est la terminaison de la manie sénile? Les documents, pour répondre à cette question, sont très insuffisants. La guérison est admise par tous les auteurs, mais sans preuves bien certaines à l'appui. Toutefois, Fürstner, sur les 9 cas de manie

qu'il a observés, dit avoir eu 3 guérisons et 2 améliorations. Il est probable que, dans la majorité des cas, cette psychose, avec son agitation furieuse, continue, avec une constante insomnie, doit amener au bout d'un temps plus ou moins long quelquefois la mort, le plus souvent la plus complète démence.

Mélancolie. — La mélancolie est le type de psychose qui s'observe le plus fréquemment chez le vieillard. Sur 81 cas de folie, Fürstner (1) l'a constatée 54 fois, c'est à dire près de 67 % ou les deux tiers. Dans ce chiffre sont représentées les trois formes principales de mélancolie : la mélancolie simple, 33 fois; la *mélancolia agitata*, qui n'est autre que notre mélancolie anxieuse, 18 fois; la mélancolie stupide, 3 fois. Ces variétés présentent, surtout les deux premières, des caractères particuliers que nous indiquerons sommairement. Nous terminerons ce paragraphe par quelques considérations sur le suicide dans la vieillesse.

La *mélancolie simple* présente, chez le vieillard, quelques symptômes, en quelque sorte pathognomoniques, que le professeur Fürstner s'est appliqué à faire ressortir.

Tout d'abord, on constate que la dépression paraît moins profonde et aussi moins continue; elle a une grande tendance aux rémissions. Le malade manifeste principalement des idées hypocondriaques; il gémit constamment sur l'état de sa santé et se montre sans cesse plein d'inquiétude sur l'avenir qui lui est réservé. Aux troubles dans la sphère des idées et des sentiments, il faut ajouter un manque complet d'énergie, une diminution marquée de la volonté; de temps en temps, le vieillard semble se ressaisir et prend des déterminations brusques et inattendues; parfois, pris par des impulsions subites, il commet des actes violents sur lui-même ou sur les autres. Les tentatives de suicide ne sont pas rares, mais n'aboutissent pas toujours.

Le pronostic de cette variété de mélancolie n'est pas nécessairement fâcheux. La guérison est fréquente; Fürstner, sur les 33 cas, en a constaté 11; 7 autres furent considérablement

(1) Fürstner. — *Loc. cit.*, p. 462.

améliorés. Il y eut 3 morts, dont 2 par suite de pneumonie, 1 par marasme.

Mélancolie anxieuse. C'est la forme qui, par l'ensemble de ses symptômes si caractéristiques, frappe surtout l'observateur. On la rencontre principalement chez la femme; mais elle n'est pas rare chez l'homme et se présente alors avec des symptômes identiques.

Maudsley en a donné une description magistrale, très saisissante; nous ne pouvons mieux faire que de la lui emprunter (1) :

« Les personnes atteintes de cette affection sont extrêmement déprimées et tout ce qu'on leur propose éveille de l'angoisse; elles se promènent dans leur chambre ou dans leur maison, dans un état d'agitation continuelle; on ne peut leur persuader qu'elles ne sont pas ruinées et près d'être jetées sur le pavé, ou qu'un autre malheur terrible ne menace elles et leurs familles; elles répètent continuellement les mêmes plaintes, poussent sans cesse des gémissements, interrompus seulement par des cris sauvages ou des hurlements d'angoisse. Souvent, elles refusent toute nourriture, sous prétexte que leurs aliments sont empoisonnés, faits de pourriture ou de charognes, ou même de la chair de leurs parents, ou sous prétexte qu'elles ne peuvent les avaler. Leur perception est très rapide et leur mémoire exacte, malgré leur délire, et elles ont beaucoup plus conscience de ce qui se fait autour d'elles qu'on ne le croit; elles sont très soupçonneuses, passionnées et méchantes en même temps; elles frappent, égratignent ou pincent ceux qui leur donnent des soins et elles s'opposent aux services nécessaires qu'on leur rend. Parfois leur langage est tel que l'on s'étonne qu'elles aient jamais su ce qu'elles disaient; il est parfois très obscène et accompagné de gestes indécents, grossiers et immodestes. Ce que l'on remarque surtout dans ces cas, c'est la perversion morale extraordinaire qui se mêle à la dépression, ce qui donne à leur conduite l'apparence d'une grande méchanceté; c'est l'extravagance grossière des idées horribles qui leur viennent à l'esprit et se

(1) MAUDSLEY. — *La pathologie de l'esprit*, trad. française par le Dr Germont, p. 505. Paris, 1893. V. aussi : *Étude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme*, par le Dr ÉDOUARD TOULOUSE, th. de Paris, 1891.

traduisent dans leur langage, ce qui les surprend elles-mêmes d'abord et leur fait jeter des cris d'angoisse; c'est l'excitation sexuelle, qui s'exprime par leurs idées et leurs actes, et enfin la singulière clarté de leur intelligence quand l'esprit peut sortir un moment de son état morbide. Chez quelques femmes, l'excitation atteint un tel degré qu'elles ne peuvent dormir, qu'on ne peut leur faire prendre la nourriture nécessaire et qu'elles meurent finalement d'épuisement. Dans d'autres cas, l'excitation s'apaise et la maladie continue sous une forme plus chronique. Dans aucun cas, le pronostic n'est favorable. »

Ces conclusions de l'éminent aliéniste anglais sont trop pessimistes. La mélancolie anxieuse de la vieillesse n'est pas toujours incurable. Fürstner sur 18 cas a obtenu 5 guérisons et 2 améliorations; 4 de ses malades sont morts : 3 de pneumonie et 1 d'épuisement.

La mélancolie anxieuse de la vieillesse présente donc quelques caractères particuliers qu'il est important de résumer : l'anxiété est extrême et peut s'accompagner d'agitation violente; les troubles délirants consistent surtout en idées de ruine, de culpabilité, parfois aussi de damnation, en craintes pour l'avenir, etc; l'excitation érotique est souvent portée à son comble et se manifeste en paroles, gestes, actes, etc.; les impulsions violentes sont de règle et consistent surtout en voies de fait sur les personnes de l'entourage; les tendances au suicide ne sont pas rares.

N'y a-t-il pas là un ensemble symptomatique à contour limité, d'un relief suffisant, pour constituer un type défini de psychose de la vieillesse, méritant une étude plus approfondie, une description spéciale dans les traités de pathologie mentale?

Mélancolie avec stupeur. Cette variété mélancolique est excessivement rare dans la vieillesse; Fürstner ne l'a observée que 3 fois sur 54 cas de mélancolie, et ne lui assigne aucune différence avec la mélancolie avec stupeur type, telle qu'elle se présente chez l'adulte.

Suicide. Le suicide est fréquent dans la vieillesse. Au premier abord, cela semble paradoxal; car, comme le dit si bien

Falret père (1), « l'homme, à cette époque, est avare de sa vie comme il est avare de ses biens ; il persiste dans l'existence par la crainte d'en sortir. » Et cependant il faut se rendre à l'évidence des faits et des chiffres, bien plus démonstratifs que tous les raisonnements : la vieillesse paie un large tribut au suicide. Le vieillard se tue, poussé par les mobiles les plus divers, ne différant en rien de ceux qui poussent les adultes à se détruire : maladies mentales, passions dépressives, etc. De même que les enfants, il invoque en faveur de son acte les causes les plus extraordinaires ; tel le fait suivant cité par Falret père (2) :

« Le 17 juillet 1819, G..., âgé de soixante-quinze an, s'est pendu dans sa maison. On a trouvé un écrit de sa main, exposant ainsi le motif vraiment bizarre de son suicide : « Jésus-Christ a dit que lorsqu'un arbre était vieux et ne » pouvait plus porter de fruit, il n'était bon qu'à détruire. » Cet insensé vieillard avait tenté plusieurs fois d'accomplir cette prétendue maxime, en cherchant à se jeter dans un puits. »

Le nombre d'individus de soixante à cent ans qui se suicident est considérable, ainsi que le prouvent les chiffres suivants empruntés aux savantes recherches statistiques du Dr Socquet (3) :

De 1835 à 1880, dans l'espace de quarante-cinq ans, il y a eu en France 191,289 suicides des deux sexes, sur lesquels on en compte 48,931 d'individus ayant au delà de soixante ans. Il nous semble intéressant de décomposer ces chiffres dans le tableau suivant :

	Sur 148,339 hommes.	Sur 42,950 femmes.	Sur 191,889 des deux sexes.
De 61 à 70 ans..	24,065	6,548	30.613
De 71 à 80 ans..	11,786	3,538	15,324
Plus de 80 ans..	2,182	812	2,994
TOTAUX....	38,033	10,898	48,931

M. Socquet, poussant plus loin ses investigations, a recherché la proportionnalité relative calculée pour 1,000 suicidés de

(1) J.-P. FALRET. — *De l'hypocondrie et du suicide*, p. 16. Paris, 1822.
(2) *Loc. cit.* p. 16.
(3) SOCQUET. — Étude statistique sur le suicide en France de 1827 à 1880. (*Annales médico-psychologiques*, 1889, t. X, et 1890, t. XI).

chaque sexe, et il a trouvé, en ce qui concerne la vieillesse, les chiffres suivants :

	Sur 1.000 hommes.	Sur 1,000 femmes.
De 61 à 70 ans....	162	152
De 71 à 80 ans....	79	82
Plus de 80 ans....	15	19
TOTAUX.....	256	253

Ce tableau est du plus haut intérêt: il nous apprend que si le sexe féminin, pris dans l'ensemble des âges de la vie, se suicide presque quatre fois moins que le sexe masculin, le quart, et même plus, des suicides, tant chez les femmes que chez les hommes, doit être attribué aux derniers âges de la vie.

Les plus récentes statistiques ne modifient pas les chiffres précédents. Celle de 1891, la dernière parue, nous apprend que sur 8,884 suicides commis en France, il y en a eu 2,854 dus à des individus âgés d'au delà soixante ans (1); ces chiffres décomposés nous donnent le tableau suivant :

	Sur 6,937 hommes.	Sur 1,947 femmes.	Sur 8.884 des deux sexes.
De 61 à 70 ans...	1,325	911	1,636
De 71 à 80 ans...	780	191	971
Plus de 80 ans...	195	52	247
TOTAUX....	2,300	554	2,854

Quelles causes peut-on attribuer à ces nombreux suicides de la vieillesse? Sans doute, on pourra invoquer pour un grand nombre d'entre eux des motifs purement psychologiques et même l'influence des circonstances extérieures; mais, dans la plus grande majorité des cas le rôle prépondérant est joué par la maladie. Non pas qu'il faille instituer une *monomanie de suicide* chez les vieillards; mais chez ceux-ci, comme chez les adultes, l'acte d'attenter à sa vie est le plus souvent la conséquence d'un trouble mental, d'une psychose, héréditaire ou autre. A ce titre, il appartient à la pathologie mentale et

(1) Compte général de l'Administration de la Justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1891, in-4°. Imprimerie nationale, 1894.

mériterait d'être mieux étudié qu'il ne l'a été jusqu'ici; les statisticiens n'envisagent le suicide, en ce qui concerne les divers âges de la vie, qu'au point de vue de sa fréquence; chaque âge aussi, et la vieillesse en particulier, demanderait à être envisagé séparément au point de vue des causes; cette étude fournirait des documents importants sur la valeur symptomatique et diagnostique du suicide.

Folie a double forme. — La folie à double forme est généralement considérée comme une maladie mentale débutant d'ordinaire à l'époque de la puberté et, parfois, à un âge plus avancé (1); mais il n'a été publié jusqu'ici aucun cas de folie circulaire dont les premiers symptômes aient éclaté après soixante ans. M. le Dr H. Mabille a bien voulu nous en communiquer un, encore inédit, et que nous croyons devoir reproduire à cause de la rareté du fait.

Obs. I. — Dame de soixante-douze ans. Depuis deux ans, est atteinte de folie circulaire. *a)* Période de lypémanie anxieuse avec idées de ruine, de culpabilité, gémissements continuels, damnation. Cette période dure six mois et est remplacée par une seconde : *b)* Période de bien-être, avec loquacité; la malade entreprend des choses en dehors de son âge. Puis, retour des accidents mélancoliques et ainsi de suite.

Grand'mère aliénée; elle-même microcéphale; mais elle a été toute sa vie à l'abri de toute atteinte de folie et a même été toujours considérée comme intelligente. Cette dame, du meilleur monde, a deux petits-fils sourds et muets. C'est, je crois, ajoute M. Mabille, un cas assez rare de folie circulaire chez les vieillards, sans qu'il soit compliqué de démence. Rien au cœur.

Cette observation exceptionnelle présente, en effet, tous les caractères de la folie à double forme. Au point de vue symptomatique, succession régulière des deux périodes, mélancolique et maniaque; pas de démence. Au point de vue de l'étiologie, hérédité, qui, dans le cas particulier, est à la fois ascendante (grand'mère aliénée) et descendante (deux petits-fils sourds et muets).

Ce fait unique, à notre connaissance, du moins, suffirait à

(1) Ritti. — *Traité clinique de la folie à double forme*, Paris, 1883.
Voir aussi J. Falret. — *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, p. 584 et suiv. Paris, 1890.

démontrer la possibilité d'une folie circulaire ne se produisant qu'à l'époque de la vieillesse. Toutefois, il est un fait qu'il ne faut pas perdre de vue lorsqu'il s'agit de cette forme de psychose, c'est que les symptômes des deux périodes de la folie à double forme peuvent, chez certains individus, passer longtemps inaperçus, se présenter avec si peu de relief qu'ils ne sont considérés que comme des modifications du caractère ou de l'humeur; ces circulaires vivent ainsi, pendant de longues années, dans la société, paraissant sains d'esprit, et ce n'est que lorsque ces mêmes symptômes ont pris plus d'intensité, soit par suite de la marche de la maladie ou pour toute autre cause, que la psychose devient évidente et éclate à tous les yeux.

Lorsqu'il s'agira donc d'un vieillard soi-disant atteint pour la première fois de folie à double forme, il importera de fouiller avec le plus grand soin dans son passé pour voir s'il n'a pas présenté, dans le cours de sa vie, un de ces degrés atténués de la maladie qu'on observe dans le monde et qu'a si bien décrits notre savant maître et ami, M. J. Falret (1).

Confusion mentale. — Sous le nom de *Verworrenheit* (confusion mentale), Fürstner (2) décrit une psychose hallucinatoire fréquente chez les vieillards (il l'a constatée onze fois) et qui semble en rapport direct avec le processus athéromateux. Ce qui le démontre, ce sont les anomalies de la circulation qui en caractérisent la phase prodromique : céphalalgie, pesanteur de la tête, légers vertiges, tendance aux transpirations profuses; ce sont encore les troubles de la digestion, la constipation opiniâtre, l'insomnie; ce sont, enfin, au point de vue psychique, la disposition à pleurer facilement, une grande irritation, des absences de mémoire.

La maladie arrive rapidement à la phase aiguë avec explosion de tous les symptômes : confusion des idées, désorientation complète des facultés intellectuelles, hallucinations, illusions. L'agitation devient violente, les mouvements désordonnés,

(1) *Loc. cit.*, p. 604.
(2) *Loc. cit.*, p. 465.
Chaslin. — Note sur une forme distincte de maladie mentale aiguë, la confusion mentale primitive (*Comptes rendus du Congrès annuel de Médecine mentale*, Blois, 1893, p. 323). — *La confusion mentale primitive*, Paris, 1895.

inconscients : le malade quitte son lit, cherche à fuir par la fenêtre, la porte; il se vautre par terre, prend les attitudes les plus baroques, frappe les murs de la tête ou de la main, etc. L'expression du visage révèle l'obtusion, l'angoisse, la terreur. L'alimentation devient très irrégulière; souvent refus complet, par suite de la méfiance anxieuse.

Les symptômes somatiques de cette phase aiguë sont importants à noter : le pouls est accéléré, petit, irrégulier; le visage et les extrémités sont légèrement cyanosés; fièvre dans certains cas; troubles gastriques; teint subictérique, etc. A cela viennent s'ajouter des symptômes cérébraux : inégalité pupillaire, hémiparésie de la face et des extrémités, états aphasiques et paraphasiques, violentes céphalées, syncope, etc.

Tous ces symptômes ne sont pas constants et se dissipent peu à peu. Le pronostic de cette forme mentale de la vieillesse n'est, en somme, pas défavorable; il l'est même beaucoup moins que celui de la mélancolie. En effet, au bout de quelques mois, la maladie peut présenter de sérieuses améliorations. Fürstner, sur 15 cas observés, en a vu guérir 6; 1 des malades devint plus lucide et plus calme, 2 tombèrent dans l'incurabilité et, enfin, 2 moururent de pneumonie.

L'auteur remarque que si les malades guéris ont complètement perdu le souvenir de ce qui s'est passé durant leur maladie, leur intelligence est cependant restée intacte; trois d'entre eux ont même pu reprendre leurs occupations et diriger leurs affaires, voyager, etc. La maladie peut même récidiver : un des malades de Fürstner, à la suite d'une opération grave (herniotomie), eut un nouvel accès dont il guérit de nouveau, quoique âgé de soixante-neuf ans.

Délire systématisé. — Deux variétés de ce délire ont été observés jusqu'ici dans la vieillesse : le délire de persécution et le délire des grandeurs. Les cas publiés sont encore rares; mais ils suffisent pour démontrer que la systématisation délirante n'est pas le privilège de l'âge adulte, que le vieillard peut créer des conceptions délirantes ayant une cohésion, une énergie, une logique, s'il est permis de s'exprimer ainsi, qui ne le cèdent en rien à ce qu'on observe dans les autres âges de la vie. L'activité cérébrale pathologique n'est nullement

entachée du caractère démentiel qu'on est trop tenté d'attribuer à tout ce qui émane de la vieillesse.

Délire de persécution. En faisant la psychologie de la vieillesse, nous avons vu que les idées de persécution n'étaient pas rares à cet âge de la vie ; elles ne sont, le plus souvent, qu'une exagération de la méfiance naturelle, de cette tendance à tout rapporter à soi. Mais ce degré est vite franchi et l'on entre alors dans le domaine de la pathologie.

« Ce qui s'observe le plus communément, ce sont les faits suivants : un vieillard (homme ou femme), dans sa méfiance morbide, prend en grippe ses enfants ; il s'imagine qu'il est vu par eux d'un mauvais œil, qu'il leur est à charge, qu'ils voudraient le voir mort, qu'ils n'attendent que sa succession. De là à croire que les siens veulent le voler il n'y a qu'un pas. Ce pas franchi, il n'existe, pour le vieillard, plus de repos ; tout lui fait peur, il appréhende d'être tué, empoisonné, etc. Sa haine pour les siens s'en accroît ; s'il a fait un testament en leur faveur, il le modifiera et les déshéritera le plus qu'il pourra. Il peut arriver qu'à ce moment il tombe sous la coupe d'un de ces individus qui, sachant le flatter et entretenir habilement ses sentiments de défiance maladive, en fera ce qu'il voudra, saura exploiter cette intelligence affaiblie et arrivera à lui faire signer des actes frustrant les intérêts les plus sacrés.

» D'autres vieillards, au lieu de porter leurs soupçons sur des membres de la famille, accuseront des voisins, des habitants du pays ; ils se mettront en garde contre eux et même, parfois, les menaceront. Il en est, enfin, dont la crainte d'être volé a quelque chose de plus général. Ce n'est pas tel ou tel membre de leur famille, tel voisin ou ami qu'ils accusent, c'est tout le monde. On en veut à leur argent ; ils voient et entendent des voleurs partout, ils vivent dans des transes continuelles, ne se confiant plus à personne et employant tous les moyens pour se mettre en sécurité et pour sauvegarder leur fortune de la rapacité de leurs ennemis. J'ai dans mon service une femme de soixante-quinze ans qui, s'imaginant qu'on voulait tout lui dérober, est allée enterrer en pleine campagne, sur la lisière d'un bois, ses bijoux et objets précieux et qui, n'ayant pu retrouver l'endroit où elle les avait mis, a cru à

une trahison de ses enfants et les a accusés de les lui avoir volés. La plupart s'enferment avec soin, la nuit, dans leur chambre, entourent de ficelles les serrures, bouchent les trous, puis, ne se trouvant pas encore suffisamment en sûreté, roulent devant les portes des fauteuils, des meubles et, enfin, ne se couchent jamais avant d'avoir regardé, avec une lumière, sous les meubles, sous le lit, dans les armoires, afin de s'assurer s'il n'y aurait pas quelque voleur caché. C'est en se livrant à cet examen minutieux que beaucoup de ces malheureux, allumant les rideaux de leur chambre, provoquent des incendies dans lesquels ils trouvent la mort (1). »

Il existe un mode de genèse du délire de persécution chez le vieillard, sur lequel Fürstner (2) a tout spécialement appelé l'attention. L'affaiblissement de l'ouïe, dû à des lésions organiques, s'accompagne souvent de troubles sensoriels ; ce ne sont d'abord, pendant des mois, même des années, que des bruits subjectifs, qui se transforment insensiblement en hallucinations et provoquent des idées délirantes en rapport avec les tendances méfiantes du malade. On peut voir alors se développer un véritable délire de persécution systématisé, différant peu de celui qu'on observe chez l'adulte.

Le délire de persécution systématisé, débutant à un âge avancé, a été longtemps nié. Les faits publiés récemment ne permettent plus de mettre en doute l'existence de cette forme tardive de la psychose progressive. Citons, comme exemple type, le suivant que nous empruntons, en le résumant, à une leçon de M. Séglas (3).

Obs. II. — Mme D..., âgée de soixante-dix ans, entrée à la Salpêtrière le 24 janvier 1888.

Cette malade a mené une vie assez accidentée, mais n'a jamais présenté de trouble mental. Placée d'abord dans la section des vieillards à la Salpêtrière, elle ne tarda pas à présenter les premiers symptômes du délire de persécution. Elle remarqua un matin qu'on avait déposé sur son lit deux papiers, tandis que ses voisines n'en avaient qu'un. Mais on en enleva bientôt un. Cela lui parut « drôle ». Depuis elle a compris que

(1) Ritti. — Art. *Persécution (délire de)* du *Dictionnaire de Dechambre.*

(2) Fürstner. — *Loc. cit.*, p. 464.

(3) Séglas. — Les psychoses séniles et tardives; les idées de négation chez le vieillard ; les idées de persécution séniles et la forme tardive du délire de persécution (*Progrès médical,* no du 27 octobre 1888).

c'était parce qu'il y avait dessus de mauvaises choses à son adresse, sans qu'elle l'ait pu lire.

Peu après, elle s'aperçut que, dans la salle, on la regardait de travers; puis elle a entendu, surtout le matin au réveil, des voix disant « ce qu'il y a de plus vilain pour l'honneur d'une femme ». Depuis, ces voix la tourmentent nuit et jour. On l'appelle *salope, coquine, putain*...; on la traite de mauvaise mère, l'accusant d'avoir abandonné sa fille en 1848.

Elle attribue toutes ces misères aux *protestants*, parce que, catholique, elle avait épousé un protestant. C'était d'abord deux femmes, ses voisines de salle, qui l'insultaient; puis la surveillante s'était mise de la partie, en disant : « Je n'aime pas les femmes adultères »; enfin la sous-surveillante, à son tour, l'a injuriée et privée de nourriture.

A côté de ces « femmes de persécution », méchantes et ignorantes, il y en avait d'autres qui la consolaient, lui disant : « Ne les écoutez pas, ne faites pas attention, elles nous ont aussi maltraitées, elles nous appelaient voleuses et toutes sortes de choses. » Mais ça n'a toujours été que de mal en pis.

On a craché sur elle, elle l'a senti sur sa main. On lui a jeté des poudres à la figure pour l'aveugler : elle sentait de mauvais goûts à la bouche. Comme réactions, la malade a demandé d'abord à changer de salle, mais les persécutions ont continué. Elle s'est plainte au directeur de l'hôpital; elle a même dit un jour : « Si j'avais un couteau, je les tuerais. » Elle ne cesse aussi de réclamer sa sortie.

Pas d'idées de grandeur. La mémoire est conservée pour les faits passés et actuels, dont elle donne les dates précises sans se contredire. Délire bien coordonné.

Pleure facilement, surtout quand elle parle des siens.

État physique : Athérome artériel, état sénile de la peau, tremblement sénile, en particulier des mains, cataracte, surtout de l'œil droit. Pas de paralysie. Habitus de la malade : air triste, physionomie fatiguée.

Voilà un fait très net de délire de persécution, à systématisation progressive et présentant les diverses phases signalées par notre maître et ami, M. J. Falret [1], chez les persécutés classiques. On constate, au début, les fausses interprétations, puis les hallucinations de l'ouïe avec leurs caractères spéciaux; viennent ensuite, avec une systématisation de plus en plus prononcée du délire, les troubles de la sensibilité générale, les hallucinations du goût, etc. La marche de la maladie a été rapide, ce qui est un des caractères du délire de persécution de la vieillesse, et si son évolution vers la phase des idées de

[1] Ritti. — Art. *Persécution (délire de)* du *Dictionnaire de Dechambre*.

grandeur ne s'est pas encore accomplie à l'époque où s'arrête l'observation, d'autres faits prouvent que les persécutés séniles, brûlant en quelque sorte les étapes, arrivent assez vite à la période mégalomaniaque. Mais, comme chez les persécutés en général, les idées ambitieuses ne se substituent pas aux idées de persécution, mais vivent côte à côte avec elles.

Un caractère non moins important que la marche rapide du délire est la présence chez le vieillard persécuté d'hallucinations de la vue; c'est une observation qu'avait déjà faite Lasègue [1]. Dans le délire de persécution de l'adulte, s'il existe des hallucinations de la vue, elles sont la plupart du temps d'origine toxique et disparaissent en même temps qu'est éliminée la substance qui les a provoquées. Ou bien encore elles sont à l'état élémentaire, véritables sensations subjectives lumineuses, que les malades jugent telles qu'elles sont; en un mot, ces hallucinations de la vue, quand elles existent, ne sont pas partie prenante dans le délire de persécution, elles ne contribuent ni à créer ce délire, ni une fois formé à l'entretenir. Ainsi, jamais le persécuté adulte ne verra le ou les individus qui l'injurient, l'insultent, lui jettent des substances malfaisantes, commettent sur lui des attentats contre nature, etc.; tandis que le vieillard, au contraire, les voit distinctement, soit isolés, soit en masse, ou encore il a comme la vision de tableaux, de scènes qui passent devant lui.

Une des malades de notre service présente à un haut degré ces caractères de l'hallucination visuelle, sur lesquels nous insisterons tout particulièrement en rapportant son observation résumée.

Obs. III. — Mme L..., née le 25 octobre 1801, entrée à la Maison nationale de Charenton le 13 juin 1892.

Mme L..., dont le délire remonte seulement à quelques années, présente tous les symptômes du délire de persécution : interprétations délirantes, hallucinations de l'ouïe, du goût, de la sensibilité générale et du sens génital. On l'insulte, on veut abuser d'elle, on lui vole sa fortune; sa fille est de connivence avec ses persécuteurs. Idées ambitieuses : elle pourrait encore faire un riche mariage; elle est en relations avec l'empereur de Russie, etc.

[1] Société médico-psychologique. Séance du 13 décembre 1880 (*Annales médico-psychologiques*, 1881, t. V, p. 276).

Mais ce qui donne au délire de Mme L... une couleur particulière, ce sont les hallucinations de la vue. La malade, qui a d'ailleurs conservé toute la vivacité de son intelligence, dont la mémoire a une remarquable précision, décrit ses visions avec beaucoup de netteté.

Elle a commencé à voir des fusées lumineuses, des feux d'artifice dans les champs; sa chambre et ses rideaux étaient éclairés la nuit comme en plein jour; la nuit, elle voyait des portraits dans sa veilleuse. Plus tard, elle a vu passer devant sa fenêtre des pompiers avec leurs casques, tenant des torches enflammées; d'autres fois, se présentaient devant elle des hommes qui braquaient sur elle des longues-vues, des lunettes, des bouteilles remplies de fluide qui lui entrait comme des épingles dans la tête; c'étaient aussi des polichinelles, des *vélopis (sic)*, des fantasmagories, des chemins de fer de carton, des voitures de galants.

Ces hallucinations visuelles commençaient d'ordinaire à la tombée de la nuit et présentaient leur maximum d'intensité lorsque la nuit était complète. Elles provoquaient chez la malade des périodes d'excitation d'une durée plus ou moins longue.

Plus tard, Mme L... voyait de longues files de jeunes gens passer près de son lit, coiffés de chapeaux mous, gris, à larges bords; le chef de cette bande était un homme à favoris: ils lui lançaient de la fuchsine, de l'électricité, du fluide; ils mettaient à la tête de son lit comme une vessie de baudruche avec laquelle ils lui projetaient du fluide sur la figure. Leur électricité lui tapait la tête et pénétrait jusqu'a la racine des cheveux.

Dans d'autres moments, elle se plaint que sa chambre est machinée comme une vraie souricière. Dans les murailles, il y a des escaliers, des buffets et des trappes. Tout à coup, c'est une fenêtre qui s'ouvre dans le mur et l'on dirait alors un théâtre avec loges et électricité. Partout où elle est, s'ouvrent des fenêtres, des trappes, par lesquelles les badigeonneurs, les magnétiseurs la regardent, quand elle se couche, quand elle s'habille, fait sa toilette. Pour aller sur sa chaise percée, elle est obligée, dit-elle, de souffler sa bougie.

En décembre 1892, elle raconte que les badigeonneurs passent en procession devant sa glace, ils sont plus de cent, ils viennent du coin de la chambre et la regardent. Quand ils ont bien badigeonné, ils vont faire bombance dans un grand salon; elle les a vus à table avec des bouteilles de champagne. « Si je fais une grimace sur ma chaise percée, ajoute-t-elle, cela les fait rire. »

Avec le temps, ces hallucinations visuelles se sont en quelque sorte déformées : les badigeonneurs, qui étaient des hommes grands et robustes, se sont rapetissés. Aujourd'hui, si elles ne sont pas encore complètement disparues, elles paraissent moins la tourmenter, mais le délire de persécution a conservé la même activité et semble vouloir se personnifier : C'est un nommé Cohen qui est cause de toutes les misères qu'elle subit, de toutes les vilenies qu'on lui fait endurer. Mais la malade, malgré ses quatre-vingt-treize ans révolus, conserve son intelligence, sa mémoire, sa loquacité, ses réparties vives, parfois mordantes.

Les symptômes qui semblent prédominer sont les troubles de la sensibilité générale et du sens génital, les idées d'empoisonnement, les craintes d'être volée, etc.

Cette observation, dont nous n'avons cité que les traits essentiels et qui est intéressante à bien d'autres titres, l'est surtout en ce qui concerne les hallucinations visuelles. Elle confirme pleinement ce que le professeur Lasègue disait des persécutés séniles : « Ils voient surtout; ils ont plus d'hallucinations de la vue que d'hallucinations de l'ouïe; ils ne parlent pas d'eux-mêmes, mais de ce qui se passe autour d'eux. »

Les faits confirment pleinement cette vue de notre éminent et regretté maître : le vieillard persécuté est plus un halluciné visuel qu'un halluciné auditif et ses visions sont parties prenantes dans son délire. J'en veux pour preuve nouvelle l'exemple récent que mon collègue Christian a eu sous les yeux. Il s'agit d'une malade, âgée d'une soixantaine d'années, qui n'a jamais été aliénée antérieurement et qui vient d'être atteinte d'un délire de persécution classique avec fausses interprétations, illusions, hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, idées d'empoisonnement, troubles du sens génital. Ces derniers sont provoqués par une nuée de petits personnages, dont elle est entourée et qu'elle voit, qui se glissent sous son fauteuil, sous ses jupes, dans son lit et se livrent sur elle à des actes obscènes.

En résumé, nous croyons devoir conclure que ce qui distingue le délire de persécution de la vieillesse, c'est d'abord une marche plus rapide des symptômes; ainsi que nous l'avons dit, le vieillard brûle en quelque sorte les étapes, il parcourt les diverses phases de la maladie dans un temps relativement court, alors que l'adulte met des années à passer d'une période à une autre; c'est ensuite la prédominance des hallucinations de la vue; c'est aussi celle des troubles du sens génital. Ces caractères distinctifs permettent donc d'accepter l'existence d'un type de délire de persécution particulier à la vieillesse, qu'il y a lieu de placer, comme l'ont fait M. J. Séglas et d'autres auteurs, à côté de la forme qui débute au retour d'âge (délire de persécution de la ménopause), et qu'il est intéressant de comparer avec la *forme post-pubère,* la plus ordinaire, celle qu'on appelle le type Lasègue, et avec la

forme originelle (*originäre Verrücktheit* de Sander; persécutés raisonnants de J. Falret).

Délire des grandeurs. Il n'entre pas dans notre sujet de rechercher si le délire des grandeurs doit toujours être considéré comme un délire secondaire ou consécutif, ou bien, s'il peut, dans certains cas, être un délire systématisé primitif. Ce sont là des discussions scolastiques, auxquelles l'étude impartiale des faits peut seule mettre un terme. Les observations de délire ambitieux, recueillies chez les vieillards, peuvent apporter des documents importants pour la solution du problème; elles ne sont pas très nombreuses; celle publiée récemment par MM. Gilbert Ballet et Arnaud [1] est certes une des plus caractéristiques; c'est un exemple remarquable de délire des grandeurs systématisé chez un vieillard de quatre-vingts ans passés, ne présentant pas d'affaiblissement intellectuel notable. Voici, résumée dans ses grandes lignes, cette observation :

Obs. IV. — Ja..., docteur en médecine, âgé de quatre-vingt-deux ans. Antécédents héréditaires inconnus. Antécédents personnels : diabétique depuis vingt-cinq ans; grande intelligence; caractère vif, emporté, autoritaire.

Il perd sa femme en 1885 (il avait alors soixante-seize ans); il en ressent un très vif chagrin, qui semble avoir modifié son existence et sa manière d'être. Il se met à jouer à la Bourse, perd une grande partie de sa fortune et finit par se trouver dans de grands embarras d'argent.

En octobre 1890, il achète en province une propriété. La famille n'apprend cet achat que six mois après et par Ja... lui-même. Il en parle avec enthousiasme, prétend que sa propriété est « *un ancien château fort du duc de Guise le Balafré* », et il annonce qu'il y va fonder, pour la guérison de la tuberculose d'après une méthode par lui inventée, un « *Sanarium-Sanatorium* » capable de recevoir *mille malades*.

En réalité, cette propriété, sans importance, se compose de trois misérables habitations de paysan qui, de près ni de loin, n'ont absolument rien d'historique ni de féodal pouvant expliquer que Ja... y avait vu *un château fort du duc de Guise*. C'est donc là, et de toutes pièces, une véritable *idée délirante*, la première qui se soit manifestée chez notre malade.

Ja... se rend donc, en mars 1891, dans son château imaginaire. Il se prétend lié intimement avec les ministres, avec M. Quesnay de Beaure-

[1] Gilbert Ballet et F.-L. Arnaud. — Délire systématisé des grandeurs sans affaiblissement intellectuel notable chez un vieillard de quatre-vingts ans passés (*Annales médico-psychologiques*, p. 161, nº de mars 1895).

paire. Tout entier à la réalisation de son projet, il fait des visites aux autorités locales, donne des indications pour les travaux d'aménagement, commande cent lampes à esprit de vin, etc. Sur les mille malades qu'il va installer, les pauvres seront admis gratis, les riches devant payer un prix assez élevé pour couvrir tous les frais. Il fait imprimer des prospectus où son délire ambitieux éclate comme une fanfare : « Je fixe là la réalisation d'un rêve, depuis longtemps par moi caressé, parce que, depuis longtemps aussi j'avais la certitude de guérir la tuberculose par ma méthode et ses procédés. Comme César, je puis dire : *veni, vidi, vici*; mais César avait ses légions disciplinées, aguerries de longue date, marchant de victoire en victoire. Moi, je n'avais que ma volonté de fer, mon travail indomptable, mon cerveau seul pour tout comprendre, tout dicter, tout embrasser, et mon unique fortune pour tout solder... Aussi puis-je crier bien haut sans hypocrisie et sans un but odieux d'ambition personnelle ce que j'écris sur mon drapeau : « Pour Dieu et pour la France! »

Mais il finit par se créer des difficultés avec le sous-préfet, avec le tribunal, qu'il accuse de mauvais vouloir et d'hostilité envers lui; il engage des procès contre diverses personnes; enfin, après s'être beaucoup agité sans avoir rien fondé, il revient à Paris. Possédé d'un besoin d'activité, extraordinaire à son âge, il avait établi à Paris un second *sanarium* pour trois cents malades. Le plus étrange, c'est qu'il a eu réellement ici deux ou trois malades qui ont subi, sans trop de dommages, paraît-il, le bizarre traitement qu'il avait imaginé et qui, sommairement, se réduisait à des inhalations de vapeurs de *cinabre, sous une tente en toile et à une température de 110 degrés (???)*. La police s'en émut et, après une existence éphémère, le sanatorium fut fermé par autorité de justice.

Cependant, Ja... continuait de plus belle à gaspiller les débris de sa fortune; sous l'influence de son état d'exaltation, il courait sans cesse et jusqu'à une heure avancée de la nuit, les ministères et le Palais de Justice. Sa famille, justement inquiète, se décida à intervenir et à placer le malade dans une maison de santé (août 1891).

Interné, Ja... se considère comme victime de l'ignorance de sa famille, qui ne comprend rien à ses merveilleuses découvertes, et de la jalousie de rivaux que sa supériorité offusque et gêne. Il s'émeut, il pleure en parlant des persécutions qu'il a subies et de ses entreprises arrêtées. Cet état émotif, qui dure quelques jours, fait croire à tort à un *affaiblissement des facultés*, signalé dans les premiers certificats et considéré comme le début d'une démence sénile. La suite prouva que cette appréciation était erronée, et une note du mois d'avril 1893 (*vingt mois après l'entrée*) porte : « Même délire ambitieux, mais *sans affaiblissement appréciable des facultés.* »

Les conceptions délirantes de grandeur, déjà très développées chez le malade au moment de son entrée à la maison de santé de Vanves, se sont accrues et multipliées jusqu'au délire ambitieux le plus effréné, étendues à toutes les manifestations de la vie corporelle et de la vie mentale : Ja... comme médecin est supérieur aux plus grands maîtres;

— il est un poète dont les œuvres « font pâlir les ombres du Dante, de Shakespeare, de Corneille, de Victor Hugo », etc. ; « il va rénover la scène française » ; — il est un politique éminent, un économiste supérieur; — résoudre la question du canal de Panama n'est pour lui qu'un jeu d'enfant, et il établit un plan industriel et financier qui forcera l'admiration du monde ; — il est plusieurs fois millionnaire ; — il est le premier chanteur de son époque, et dans tous les registres indifféremment; malgré son grand âge il a plus de force et d'énergie que l'homme de quarante ans le plus vigoureux ; — jamais un homme capable de lui être comparé « n'a paru sur la terre » ; — il sait tout et il peut tout, mais ces mérites éclatants ne doivent lui être qu'indirectement attribués, car il les tient de Dieu qui le soutient, qui l'inspire, dont il n'est que le secrétaire quand il écrit ses œuvres sublimes, etc.

Par leur nombre, par leurs développements, par leur brillant, ces idées délirantes diffèrent déjà beaucoup de ce que l'on est accoutumé d'observer chez les délirants ambitieux séniles. Mais ce qui surtout est remarquable, c'est la prodigieuse activité cérébrale que cet octogénaire a mise au service de son délire, activité qui, pendant trois années, s'est soutenue sans une défaillance et jusqu'au moment de la mort.

Pour donner une idée de cette prodigieuse activité intellectuelle, il n'est pas sans intérêt de reproduire la liste suivante de ses œuvres littéraires, qu'il envoyait à un de ses amis :

« Ce que je viens de faire en trois mois et demi dépasse tout ce que l'imagination peut concevoir. Je croyais avoir fait quelque chose de grand à M.., en installant mon sanatorium avec les plus belles créations en plusieurs genres. Feu de paille! Ici, j'ai : 1° rédigé 660 pages de mon grand ouvrage, dont la première partie a déjà paru ;

» 2° J'ai fait un *mélodrame* d'autant plus beau qu'il a été vécu par moi d'un bout à l'autre et dont les personnages, dans les grands rôles, sont en partie de vos administrés. Gare à la bombe! Je le vends au général Koning 1,800,000 francs, quand deux autres m'offrent chacun 2 millions. Mais ceci n'est rien, il lui rapportera au moins cinq fois autant tous les ans; vous voyez quelle série de millions!

» 3° Un *poème épique* de deux mille vers alexandrins, fait en cinquante heures devant témoins et montre en mains, quand ce pauvre Boileau, pour son *Lutrin* de mille deux cent vingt-six vers, a mis cinquante mois! Je travaille à la vapeur;

» 4° Une *tragédie*, « le Cid en action », vécue aussi d'un bout à l'autre, en opposition au *Cid* de Corneille, tout de fiction;

» 5° Un *vaudeville* en vingt tableaux, tout de mon cru ;

» 6° Mes « *Châtiments,* » qui laisseront bien pâles ceux de Victor Hugo;

» 7° Une *satire* sanglante, écrasante;

» 8° Une foule d'*odes, épopées, satires, louanges, mélopées, chansons*, pas moins de quatre à cinq mille vers. Plus *cinq beaux mille vers* pour le Théâtre-Français, à la condition que Claretie se charge de les charpenter, chose à moi inconnue.

» Quand je vous disais que vous seriez plus que surpris, quand vous aurez vu l'œuvre que Dieu m'a fait accomplir, et surtout quand vous saurez que depuis ma sortie de pension, il y a soixante-huit ans, je n'avais jamais songé à faire un vers. Et maintenant j'écris plus vite en alexandrins qu'en prose; en moyenne, deux vers à la minute, et, par exception, quand le sujet me tente, trois à la minute, etc. »

Ja... qui se vante d'écrire en prose et en vers, avec une extrême facilité, puisqu'il écrit *sous la dictée de Dieu,* a l'habitude d'indiquer par une note, à la fin de chacune de ses « œuvres » le temps qu'il y a consacré : « *fait en dix minutes, en vingt minutes, en quatre-vingts minutes, en cinquante heures* », etc. Et de fait, il écrit avec une facilité et une rapidité surprenantes chez un homme de cet âge, et la quantité de ses productions est tout à fait extraordinaire. C'est précisément, abstraction faite de toute qualité littéraire, cette production cérébrale intense, soutenue, à un âge aussi avancé, sans interruption et sans affaiblissement apparent des facultés, qui est véritablement surprenante. C'est elle qui constitue le principal intérêt de cette observation.

Évidemment, ses vers sont moins *sublimes* qu'il ne le pensait; mais, tels qu'ils sont, ils ne déshonoreraient pas un aliéné de quarante ans.

Nous avons dit que Ja... était diabétique depuis de longues années. En octobre 1893, il fut atteint d'un phlegmon de la parotide qui, malgré une intervention chirurgicale, emporta le malade en quatre jours. Dès le début, Ja... se déclara perdu, discutant son cas et suivant les progrès du mal avec une lucidité parfaite et une stoïque simplicité, mais conservant encore toutes ses idées délirantes. Il s'éteignit doucement après quelques heures d'un état demi-comateux qui suivit l'opération chirurgicale. Il avait quatre-vingt-quatre ans révolus.

C'est bien là un cas de mégalomanie s'étant produit chez un vieillard de quatre-vingts ans jusque-là indemne de tout trouble mental. Il ne s'agit pas là d'idées ambitieuses chez un persécuté classique, encore moins d'un malade délirant sous l'influence de lésions cérébrales dues à la sénilité. Ja... est un *vieillard qui délire* comme délirerait un homme dans l'âge moyen de la vie; ce n'est pas un *dément sénile.*

MM. Ballet et Arnaud ajoutent : « Rien, ni dans l'état physique, ni dans l'état mental, ne nous autorise à faire intervenir ici la notion de *dégénérescence,* à laquelle on revient trop volontiers pour classer les cas inclassables. »

Ce cas si intéressant doit donc être rangé parmi ceux, peu nombreux, de délire ambitieux systématisé primitif, de mégalomanie simple, dont la signification nosologique reste peut-être à préciser, mais dont il y a lieu de tenir compte dans une classification rationnelle des maladies mentales.

Le cas de Ja... est sans conteste un fait de psychose de la vieillesse, sans accompagnement de cette déchéance intellectuelle dont on gratifie trop volontiers cet âge de la vie. On pourrait en citer d'autres, moins nets peut-être, mais non moins instructifs. Pour résoudre les intéressantes questions de pathologie mentale que de pareils faits suscitent, il importerait d'en réunir un plus grand nombre; nous faisons donc un pressant appel à nos collègues pour qu'ils nous apportent les observations analogues qu'il leur a été donné de recueillir.

Folie morale ou instinctive. — Sous le nom de *folie morale ou instinctive*, on comprend le délire des actes. Cette dénomination, qui n'est plus guère adoptée par les manigraphes, nous a paru commode pour désigner tous ces états pathologiques consistant principalement en un entraînement souvent *irrésistible* à des actes blâmables et dangereux.

La vieillesse n'est pas indemne de ce genre d'aberrations, et cela d'autant moins que les progrès de l'âge, amenant une diminution de la volonté, amoindrissent la force de résistance aux impulsions maladives. De là, ces cas de kleptomanie, de folie homicide qu'on observe chez des vieillards qui n'avaient cependant jamais présenté de trouble moral; de là surtout ces faits, plus fréquents encore, d'aberrations du sens génital, observées tant chez les femmes que chez les hommes.

Les annales de la science sont riches en observations de *monomanie érotique,* concernant des vieillards; elles présentent la plus grande diversité, toute la gamme des tendances érotiques, depuis l'amour platonique, l'*amour qui est dans la tête,* selon l'expression d'Esquirol, jusqu'à la salacité la plus dégoûtante, sans oublier l'exhibitionnisme, cette curieuse impulsion instinctive, décrite pour la première fois par Lasègue, et à laquelle la vieillesse, comme le fait remarquer cet éminent maître, fournit un très fort contingent de victimes.

Folie hystérique. — L'hystérie, cette névrose qui a un si grand retentissement sur les facultés mentales de ceux qui en sont atteints, n'est pas un privilège de la jeunesse et de l'âge mûr. Elle peut se produire en pleine vieillesse. Ce fait intéressant a été mis en lumière par M. Maurice de Fleury, dans son

excellente thèse de doctorat(1), où il s'applique à différencier l'hystérie sénile de celle observée chez l'adulte.

L'anesthésie, l'hémianesthésie surtout, ne se retrouvent guère chez les vieilles hystériques; quant aux zones hyperesthésiées, les *zones hystérogènes* notamment, elles s'observent fréquemment. Les phénomènes convulsifs des membres sont à leur minimum; mais les phénomènes douloureux et spasmodiques des organes splanchniques sont, au contraire, très intenses; aussi peut-on définir l'hystérie sénile comme une *hystérie douloureuse à manifestations splanchniques.*

Quant à l'état mental, il diffère peu de ce que l'on est accoutumé d'observer dans l'âge adulte. La vieille hystérique est surtout une coquette, se parant d'habillements aux couleurs voyantes, se couvrant de bijoux, même faux, comme une châsse. Elle porte au plus haut degré l'amour de plaire. « Elle perd aisément la notion de son âge, se croit encore pleine de séductions. Elle s'éprend aisément, et pour peu de temps d'ordinaire; elle fait des avances aux jeunes gens si elle a l'occasion d'en rencontrer.... C'est là, du reste, chose ordinairement sentimentale, rarement érotique. »

Symptômes somatiques des psychoses de la vieillesse. — L'étude des symptômes somatiques est d'un intérêt capital dans les psychoses de la vieillesse. Tous les organes de l'économie doivent être examinés avec le soin le plus scrupuleux; nous ne saurions avoir la prétention de passer en revue toutes les lésions qu'ils peuvent présenter, signalons cependant les plus importantes.

C'est du côté du cœur et de l'appareil circulatoire que doit se porter l'attention. Les troubles de la circulation cérébrale (ischémie et hyperémie) sont fréquents chez les vieillards, par suite de l'athéromasie artérielle, par suite aussi des lésions cardiaques.

L'appareil urinaire est rarement indemne. La miction devient difficile, les cystites sont fréquentes; mais ce sont surtout les reins qui sont lésés, d'où insuffisance urinaire et intoxication urémique consécutive. On peut se demander si la plupart

(1) Maurice de Fleury. — *Contribution à l'étude de l'hystérie sénile.* Bordeaux, 1890.

des cas de confusion mentale dont il a été question plus haut ne seraient pas dus à cette intoxication.

Il est inutile d'insister sur la nécessité de l'examen des urines pour rechercher si elles contiennent de l'albumine ou du sucre. On sait que le diabète n'est pas rare chez le vieillard, et aussi que la glycosurie s'accompagne souvent de cet état mental caractérisé par de la mélancolie, des idées de ruine, des craintes pour l'avenir, que nous avons décrit plus haut comme pathognomonique de la lypémanie de la vieillesse.

Pronostic. — En décrivant les diverses formes de psychoses de la vieillesse, nous avons dit un mot de leur pronostic, en empruntant ses chiffres au professeur Fürstner, et on a pu constater qu'il n'était pas défavorable, qu'en somme la folie du vieillard est très souvent curable.

Wille, dans son mémoire, arrive aux mêmes conclusions. Empruntant sa statistique à trois Asiles différents, il trouve qu'à Illenau, sur le nombre d'individus qui avaient passé l'âge de soixante ans, on a compté 24 % de guérisons; à Prague, 32,2; à Vienne, 31.

On en peut conclure que les psychoses de la vieillesse sont curables dans la proportion d'un quart et même d'un tiers des cas.

Quelles sont, des diverses formes vésaniques que nous avons décrites, celles qui guérissent le mieux? Ce sont celles même qui sont le plus sûrement et le plus rapidement curables chez l'adulte : la mélancolie, la manie, la confusion mentale.

Étiologie. — Il serait intéressant de connaître la *fréquence* des psychoses de la vieillesse, relativement au nombre des psychoses des autres âges de la vie. Nous ne possédons sur ce point que le chiffre fourni par Wille. A Rhinau, dit cet observateur, la folie sénile s'est produite dans la proportion de 8 % sur le chiffre des admissions; d'où l'on peut conclure que la prédisposition à l'aliénation mentale est encore très grande à un âge avancé.

Quant aux *causes* des psychoses de la vieillesse, elles sont, comme pour toutes les formes de folie, ou prédisposantes ou occasionnelles.

La cause prédisposante par excellence est, sans doute, ici, comme pour la folie en général, l'hérédité; seulement, il est quelquefois assez difficile de l'établir chez les ascendants, faute de renseignements précis, le malade ne pouvant les donner, les enfants ou les petits-enfants les ignorant ou refusant de les fournir.

Lorsqu'il s'agit d'un vieillard, à défaut des ascendants, il faut étudier les descendants. Alors, chose curieuse et vraiment intéressante, on apprend souvent qu'il a vu ses fils, ses filles devenir aliénés bien avant lui; qu'il a supporté courageusement, sans faiblir, sans que son cerveau s'en troublât, ces malheurs de famille; mais, lorsque la vieillesse est venue, à la suite d'un incident quelconque, parfois de peu de gravité, il a sombré à son tour dans la folie (1).

Quant aux causes occasionnelles, elles sont les mêmes que celles qu'on invoque pour expliquer l'explosion de tout accès de folie, à quelque âge que ce soit; mais peut-être les causes morales, l'ictus moral, jouent-elles dans ce cas un rôle plus actif, plus évident.

Ce qui ne paraît pas douteux, c'est que, chez le vieillard comme chez l'adulte, il faut admettre pour la genèse de la psychose une association de causes multiples. Et d'abord, la prédisposition héréditaire : tous les vieillards, en effet, ne deviennent pas aliénés, il y faut vocation, et cette vocation n'est autre que cette aptitude spéciale du cerveau, transmise par l'hérédité, à délirer, à manifester, sous l'influence des moindres causes, les troubles nerveux les plus variés. Il est vrai que cette aptitude reste latente jusqu'aux dernières années de l'existence; c'est bien là le cas d'appliquer la formule chère à Renaudin : ces individus sont, toute leur vie, dans l'état de virtualité délirante; ils sont bien en puissance de délire, mais leur cerveau résiste jusqu'au jour où il a subi ces modifications organiques qui caractérisent la vieillesse. Vienne alors le moindre choc moral, ce cerveau, jusque-là resté indemne, devenu maintenant *locus minoris resistentiæ*, selon l'expres-

(1) On a appelé *hérédité anticipée* ces cas où les enfants sont atteints d'aliénation mentale alors que les parents ne succombent que beaucoup plus tard aux atteintes du même mal. (Cullerre. *Traité pratique des maladies mentales*, p. 135. Paris, 1890.)

sion employée par les Drs Mabille et Lallement, finit par succomber, entraîné par la folie.

Trois conditions sont donc nécessaires, indispensables, pour produire la psychose de la vieillesse : la prédisposition héréditaire, les transformations organiques que subit le cerveau par le progrès de l'âge, et, enfin, une cause occasionnelle qui est le plus souvent de nature morale, mais qui peut être aussi d'ordre physique (troubles de la circulation, auto-intoxication, etc.).

TRAITEMENT. — Le traitement des psychoses de la vieillesse est soumis aux principes généraux de la thérapeutique des maladies mentales. Nous ne nous y arrêterons donc pas, si ce n'est pour faire observer que l'importance que jouent dans ces cas les symptômes somatiques doit mettre sur la voie d'indications spéciales qui varient selon les individus et dont il y a lieu de tenir compte.

IV. — Des psychoses *dans* la vieillesse.

Le nombre est grand des aliénés qui arrivent à l'âge de la vieillesse après une longue existence passée dans la folie; ils forment un contingent assez élevé de nos Asiles. Généralement, tous ces vieillards sont classés parmi les déments; c'est là, à notre avis, une erreur : l'observation clinique prouve que ces vieux aliénés, à côté de leur délire systématisé, stéréotypé, conservent leur intelligence, s'intéressent à leurs affaires, à ce qui se passe autour d'eux et même au dehors, lisent les journaux, ont la mémoire exacte et précise des faits anciens ou récents; ils ne sont atteints ni de démence vésanique ni de démence sénile; ce sont des aliénés chroniques, arrivés à l'âge de la vieillesse et présentant tous les caractères de cette phase de la vie.

Ce que nous venons de dire se rapporte exclusivement aux psychoses; il ne saurait être question de conservation de l'intelligence, de la mémoire, etc., chez des individus atteints d'une lésion organique, en foyer ou autre. Ce sont donc les

diverses psychoses que nous allons passer en revue, pour faire ressortir que la démence n'est pas leur terminaison naturelle, même à l'âge de la vieillesse.

Manie. — Il y a un grand nombre de maniaques qui, arrivés à la chronicité, s'éternisent dans cet état sans tomber dans la démence proprement dite, dans cette déchéance de toutes les facultés. Leurs idées délirantes ne se modifient pas, ils s'agitent fréquemment, mais ils arrivent à un âge très avancé sans présenter ces symptômes que manifestent des aliénés souvent très jeunes, appelés pour cette raison des *déments précoces*.

Ce que nous disons là est vrai surtout de la manie rémittente et encore plus de la manie intermittente. Les maniaques intermittents qui, à des intervalles plus ou moins éloignés, plus ou moins réguliers, ont des accès, souvent d'une très grande violence, n'en présente pas moins, pendant les intermissions, la plus grande lucidité d'esprit, et cela non seulement à l'âge mûr mais même à l'époque de la vieillesse. La plupart des accès de manie des vieillards ne sont, en effet, que la répétition d'accès antérieurs; et le mot *répétition* est ici doublement exact, car ces accès ressemblent presque toujours aux précédents, il n'y a guère de différence que quant à la durée, mais ils guérissent comme eux et n'entraînent que rarement après eux la démence.

Mélancolie. — Ce que nous venons de dire de la manie s'applique à plus juste titre encore à la mélancolie. Les mélancoliques chroniques, qui devenus vieux ne sont pas pour cela des déments, sont plus nombreux que les maniaques. Ils se rapprochent, à ce point de vue, des délirants partiels ou délirants systématisés. De même que chez ces derniers, leur délire a souvent beau être très actif, de très longue durée, il n'entame pas l'intégrité de leur intelligence au point qu'on soit autorisé à les ranger dans la catégorie des déments.

La mélancolie intermittente mérite une étude spéciale. Qu'elle soit simple ou anxieuse, cette dernière forme est la plus fréquente, elle se manifeste à l'époque de la vieillesse avec les mêmes symptômes que dans les accès qui ont précédé

ceux qui ont fait explosion à l'âge de la virilité. Comme eux aussi, elle guérit de nouveau, ne laissant après elle que très rarement cette diminution intellectuelle qui caractérise les déments.

FOLIE A DOUBLE FORME OU CIRCULAIRE. — La folie à double forme est un exemple très frappant de ce que nous avançons. On s'imaginerait *a priori* qu'une existence passée dans une succession presque constante de périodes d'agitation et de périodes de dépression doive amener de profondes perturbations dans le domaine cérébral, détruire l'intégrité des facultés mentales. Il n'en est rien cependant; les faits le prouvent.

« Sans doute, comme le dit excellemment M. J. Falret (1), les aliénés atteints de folie circulaire subissent, comme tous les hommes, les effets naturels du progrès de l'âge, qui diminue dans une certaine mesure l'activité de toutes les fonctions physiques et intellectuelles. Comme tous les aliénés passés à l'état chronique, ils peuvent éprouver, après un grand nombre d'années, un certain degré d'affaiblissement intellectuel, si on les compare à eux-mêmes à de très grandes distances; mais, chose remarquable, les aliénés affectés de folie circulaire, de même que la plupart des malades atteints de la folie héréditaire baissent beaucoup moins, intellectuellement et physiquement, que la plupart des hommes et surtout que les autres aliénés arrivés à l'état chronique. On voit dans tous les Asiles quelques malades, atteints de cette forme d'affection mentale, parvenus à l'âge de soixante ou soixante-dix ans, ayant conservé, malgré cet âge avancé et malgré l'ancienneté de la maladie, une activité intellectuelle presque juvénile, bien propre à étonner tous ceux qui en sont témoins, surtout pendant la période d'excitation, quand elle se maintient à un degré moyen d'intensité. On est donc autorisé à poser en principe, comme axiome digne d'intérêt, que la folie circulaire peut se prolonger pendant toute la vie des individus qui en sont atteints, sans qu'ils arrivent jamais jusqu'à la démence, et même sans affaiblissement intellectuel bien prononcé. »

(1) J. FALRET. — *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, p. 607. Paris, 1890.
RITTI. — *Traité clinique de la folie à double forme*, p. 234. Paris, 1883.

Délire de persécution. — Dans la remarquable discussion sur le délire chronique qui a occupé presque toutes les séances de la Société médico-psychologique, en 1887 et 1888 (1), on a vu les partisans de cette forme délirante soutenir avec ardeur que la démence en constituait la phase ultime, phase inévitable et toujours fatale. Cette opinion a trouvé de nombreux contradicteurs, auxquels l'examen impartial des faits cliniques semble donner absolument raison. Leur argumentation se trouve résumée dans le passage suivant de notre article *Délire de persécution,* que nous croyons devoir reproduire :

« La *démence,* ce mode de terminaison de la folie, est aussi rare dans le délire de persécution que dans la folie à double forme. Les malades n'arrivent qu'à un âge très avancé à cette démence complète, qui est l'abolition des facultés cérébrales. Le persécuté, peut-on dire, ne tend donc pas à la démence comme on l'entend d'ordinaire, mais il marche de plus en plus vers a chronicité. Dans cette longue évolution de sa maladie, son intelligence s'affaiblit, il est vrai, dans une certaine mesure, et progressivement son niveau mental baisse, mais il reste toujours un malade atteint de délire partiel. Ce délire, en devenant chronique, a pris plus d'étendue et de complexité, mais il est impossible de comparer cet état à de la démence. Et, de fait, les malades, même arrivés à cette quatrième phase de leur affection (la période stéréotypée ou du délire ambitieux), continuent à pouvoir causer sur toute espèce de sujets, ils s'entretiennent en connaissance de cause de toutes les choses usuelles de la vie, comme des personnes raisonnables. On a donc tort de considérer comme de véritables déments ces malades atteints de délire partiel chronique à la dernière période ou période stéréotypée (2). »

Nous aurions dû ajouter que les persécutés devenus déments, ne le deviennent pas d'ordinaire par l'évolution fatale de leur maladie, mais bien plutôt à la suite d'un ictus cérébral, comme nous avons eu l'occasion d'en voir plusieurs exemples. Ces individus qui, jusqu'à un âge très avancé, avaient conservé

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1887, t. V et VI, 1888, t. VII, *passim*.

(2) Ritti. — Art. *Persécution (délire de)* du *Dictionnaire de Dechambre*, 2e série, t. XXIII, p. 558.

leur intelligence et montré dans leur délire une grande cohésion, n'ont commencé à déchoir intellectuellement qu'après une attaque d'apoplexie (hémorragie ou ramollissement du cerveau); mais alors on ne saurait pas les assimiler à des déments vésaniques, mais à des déments organiques.

Nous en avons assez dit, croyons-nous, sur cette importante question de la folie *dans* la vieillesse, pour en montrer toute l'importance. L'étude de l'aliéné-vieillard complète, en effet, celle du vieillard-aliéné, et il y a là un sujet de recherches qui est loin d'être épuisé.

V. — Médecine légale.

Les psychoses de la vieillesse, comme celles des autres âges de la vie, soulèvent de nombreux problèmes de médecine légale, qu'il ne nous appartient pas de résoudre ici, mais qu'il est de notre devoir d'indiquer, ne serait-ce que sommairement.

En ce qui concerne la *responsabilité*, on a vu par notre exposé clinique que le vieillard, devenu aliéné, pouvait se livrer à des actes multiples, délictueux ou même criminels, tels que tentatives d'homicide, homicides, vols, outrages publics à la pudeur (exhibitionnisme), etc. La tâche du médecin expert, quoique simple, est souvent assez délicate. Qu'il nous suffise de dire que chaque cas particulier devra être étudié spécialement et avec soin, que l'observation clinique de l'inculpé peut seule mettre sur la voie d'un diagnostic médico-légal et fournir des indications précises sur les conditions pathologiques dans lesquelles l'acte délictueux ou criminel a été commis.

Plus fréquents sont les faits de psychoses de la vieillesse où la *capacité civile* peut être mise en doute et où le médecin est alors appelé à donner son appréciation sur l'état mental des individus présumés aliénés et incapables. Trois cas peuvent alors se présenter : l'interdiction, l'opposition au mariage et, enfin, la validité d'un testament.

« La vieillesse n'est pas une cause d'interdiction, » dit

Legrand du Saulle (1); mais la folie sénile peut la nécessiter. Toutefois, comme il arrive souvent que les héritiers éventuels du vieillard, même aliéné, reculent devant les nombreuses formalités d'une procédure compliquée, il y a des jurisconsultes, Demolombe entre autres, qui conseillent aux parents de l'incapable de s'entendre entre eux et d'administrer sa fortune à titre de gérants d'affaires; mais il avoue lui-même que la doctrine qu'il propose présente d'inévitables dangers dans le cas où l'administration des biens devra être confiée à des collatéraux (2).

Si le médecin est consulté sur la nécessité d'interdire un vieillard aliéné, il devra envisager si le malade est curable ou incurable, enfin, si son affection est mortelle. Ses conseils différeront suivant que sa conviction sera faite sur l'une ou l'autre de ces trois éventualités.

On sait combien sont fréquentes les tendances érotiques chez le vieillard, et ce qu'on a appelé la *gaménomanie* n'est pas rare chez lui. Cette sorte de monomanie du mariage peut être aisément exploitée chez un individu à volonté affaiblie; l'opposition à l'accomplissement de ses désirs s'impose alors, surtout s'il est possible de démontrer que le futur conjoint est en *démence*, selon l'expression du Code; en état d'aliénation mentale, dirons-nous en employant un langage plus scientifique.

Enfin, le vieillard est décédé; mais il laisse après lui des dispositions testamentaires, qui peuvent être entachées de folie et ont parfois pour but de léser ses héritiers naturels, qu'il a pris en antipathie sous l'influence de ses idées délirantes. Le rôle du médecin consulté sur de pareils cas ne consiste pas à démontrer la validité ou la non-validité d'un testament, mais à démontrer cliniquement que le testateur était ou non dans un état d'aliénation mentale au moment où il a fait cet acte (3). Dans son expertise, le testament lui-même devra être étudié comme un des documents importants pou-

(1) Legrand du Saulle. — *Étude médico-légale sur l'interdiction et sur le Conseil judiciaire*, p. 20. Paris, 1881.

(2) Legrand du Saulle. — *Loc. cit.*

(3) Legrand du Saulle. — *Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie.* Paris, 1879.

Tardieu. — *Étude médico-légale sur la folie.* Paris, 1872.

vant éclairer l'observation clinique du testateur; mais il faudra faire appel à d'autres données fournies par une étude rétrospective de l'existence normale et pathologique de celui dont le dernier acte est soumis à l'examen médical.

Cette rapide énumération suffit pour démontrer la complexité des questions qui peuvent être soumises à l'appréciation des médecins-experts lorsqu'il s'agit des psychoses de la vieillesse.

VI. — Conclusions.

1° On doit entendre par psychoses de la vieillesse les affections mentales qui se développent chez des individus arrivés au dernier âge de la vie et restés jusque-là indemnes de tout trouble psychique.

2° Les psychoses le plùs souvent observées dans la vieillesse sont, par ordre de fréquence: la mélancolie sous ses diverses formes, en particulier la mélancolie simple et la mélancolie anxieuse; la confusion mentale; la manie; la folie morale; le délire systématisé.

3° La mélancolie anxieuse de la vieillesse est une des formes les plus nettement définies, par la constante agitation, l'angoisse, les impulsions violentes, le refus d'alimentation sous prétexte qu'on ne donne à manger que de la chair humaine, de la pourriture; la tendance aux obscénités, l'insomnie, etc. Cette forme est très curable.

4° Le délire de persécution qui débute à l'époque de la vieillesse présente aussi des caractères spéciaux. Il suit la même évolution que celui de l'adulte, mais elle est plus rapide; il présente en outre des hallucinations de la vue, qui ne sont pas accidentelles, mais font partie de la maladie et entrent en quelque sorte dans la constitution du délire.

5° Le délire systématisé, qu'il s'agisse du délire de persécution ou du délire des grandeurs, peut se manifester dans la vieillesse avec la même cohésion, la même activité, la même *tenue* que dans l'âge adulte. D'où l'on peut conclure que les psychoses se produisant dans les dernières phases de l'existence

ne sont pas nécessairement entachées de cette déchéance intellectuelle, décrite sous le nom de *démence sénile*.

6° Une manifestation délirante qui s'observe dans presque toutes les psychoses de la vieillesse est l'érotisme. Qu'il s'agisse de la manie, de la mélancolie, du délire systématisé, on trouve chez tous les malades une suractivité dans la sphère du sens génital, se manifestant au dehors par des paroles, des gestes, des actes, souvent de la plus grande obscénité.

7° L'étude des symptômes somatiques est de la plus grande importance dans les psychoses de la vieillesse. Les troubles de la circulation, les lésions cardiaques, les lésions rénales sont très fréquentes. Il est probable que la fréquence, chez les vieillards, de la confusion mentale est due à une auto-intoxication (urémie) (?).

8° Les causes de ces psychoses doivent être cherchées dans l'hérédité, dans les modifications organiques accompagnant la vieillesse, dans la résistance moindre qu'oppose le cerveau sénile aux ictus moraux et autres.

9° Le pronostic de ces affections n'est pas absolument défavorable. La guérison de certains psychoses de la vieillesse est presque aussi fréquente que celle des vésanies de l'âge mûr.

10° L'étude des psychoses *dans* la vieillesse est, en quelque sorte, le complément de celle des psychoses *de* la vieillesse. Les aliénés, et en particulier les circulaires et les persécutés, arrivent aux extrêmes limites de la vieillesse sans tomber dans la démence. La plupart du temps, ce n'est qu'à la suite d'un ictus cérébral qu'ils présentent les premiers symptômes de cette déchéance de toutes les facultés; mais alors ce ne sont pas des déments vésaniques, mais des déments organiques.

11° La médecine légale des psychoses de la vieillesse est soumise aux règles ordinaires de la médecine légale des aliénés. Les cas relatifs à la capacité y sont peut-être plus nombreux que ceux concernant la responsabilité.

Bordeaux. — Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

DEUXIÈME QUESTION

CORPS THYROÏDE ET MALADIE DE BASEDOW

Rapport du Dr E. BRISSAUD,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin des Hôpitaux.

La question dont l'exposé va suivre, quoique libellée sous une forme très générale et forcément indécise, nous semble pouvoir être ramenée à une donnée des plus restreintes et des plus explicites. Il est certain que la Commission qui m'en a confié l'étude à l'issue du Congrès de Clermont-Ferrand n'entendait pas qu'elle fût envisagée à tous ses points de vue et traitée dans tous ses détails. Elle a voulu, sans aucun doute, la limiter aux rapports de cause à effet qui paraissent exister entre les altérations organiques ou fonctionnelles du corps thyroïde et le goître exophtalmique. C'est donc surtout, sinon exclusivement, un chapitre de pathogénie et d'étiologie qui devrait vous être présenté.

Les circonstances sont plus impérieuses que les intentions de la Commission, et c'est à grand'peine que nous avons circonscrit notre programme. L'actualité du sujet, les révélations surprenantes qui l'ont éclairé tout à coup et celles que l'avenir promet encore bien plus nombreuses, dans un horizon toujours plus lumineux et toujours grandissant, nous attiraient malgré nous bien au delà des bornes prévues. Il ne peut échapper à personne que la découverte, même incomplète, des fonctions thyroïdiennes est un événement physiologique de premier ordre. On en devine plus qu'on n'en mesure les conséquences, mais la pathologie en revendique déjà les appli-

cations immédiates. Le seul choix de la question trahit cette impatience.

A toute conquête de la physiologie la médecine s'est toujours empressée de trouver un emploi, prétention souvent déçue si l'on apprécie équitablement ce qui reste inutilisé de l'œuvre de Flourens, de Magendie et de Claude Bernard. Les résultats constants de l'expérimentation font concevoir le déterminisme, mais le déterminisme n'est guère du domaine de la médecine, et il est possible que l'enthousiasme avec lequel on accueille aujourd'hui la *théorie thyroïdienne* de la maladie de Basedow n'ait pas de lendemain. Sa durée éphémère aura satisfait aux exigences d'une pathogénie capricieuse et changeante. Qu'en restera-t-il? Nul ne le sait et nous ne préjugerons rien de sa destinée.

En thèse générale, la suppression matérielle ou l'abolition fonctionnelle d'un organe nous renseignent, par les symptômes de déficit qu'elles entraînent, sur le rôle physiologique échu à cet organe. L'anéantissement du corps thyroïde produit un ensemble de phénomènes qui nous permettent d'affirmer, sans hésitation possible, son intervention immédiate dans un certain ordre d'opérations nutritives. Les accidents qui font suite à la disparition de la glande varient selon que l'insuffisance ou la nullité de la sécrétion sont réalisées brusquement ou progressivement. Mais ces différences sont d'importance secondaire. Le fait brutal demeure : la nutrition est profondément troublée dans tous ses modes, et l'on peut même dire qu'aucun élément anatomique n'échappe à cette perturbation. Les expérimentateurs sont unanimes sur ce point. Contrairement à une règle qui jusqu'à ce jour ne comptait guère qu'une exception, la médecine a devancé ici la physiologie. C'est la médecine qui avait ouvert la voie à la doctrine triomphante des localisations cérébrales; c'est elle encore qui a pris le pas sur la physiologie, en démontrant l'influence immédiate de la sécrétion thyroïdienne sur les actes intimes de la nutrition générale.

La cachexie strumiprive consécutive à la thyroïdectomie totale suscita cette brillante série de recherches qui, depuis cinq ou six ans à peine, nous dévoilent un monde ignoré et que la médecine veut, sans plus tarder, annexer à son domaine.

Le *myxœdème*, dont elle avait déjà établi la nosographie, se confond avec la cachexie strumiprive. Or, la plupart des symptômes du myxœdème semblent inverses de ceux qui caractérisent la maladie de Basedow. Ce sont deux maladies, si l'on peut s'exprimer ainsi, de sens contraire. Et alors, la logique ne dicte-t-elle pas impérieusement ses conclusions? Si le myxœdème a pour point de départ l'insuffisance anatomique et fonctionnelle du corps thyroïde, la maladie de Basedow doit reconnaître pour cause l'exubérance anatomique et fonctionnelle de la même glande. A première vue, ce raisonnement paraît inattaquable; mais ce n'est là qu'un raisonnement, et la pathologie n'a jamais passé pour le triomphe du syllogisme.

D'abord, il n'est pas prouvé que le suc thyroïdien agisse sur les centres encóre ignorés de la nutrition générale. Puis, nous ne savons rien du suc thyroïdien lui-même; la matière colloïde dont il se compose défie l'analyse chimique et ses voies de résorption nous échappent. Même si l'on admet, comme un *postulatum,* que le suc thyroïdien soit charrié jusqu'aux centres de la nutrition, nous ne soupçonnons pas comment il peut les actionner; autant de problèmes qui ne sauraient être abordés ici et qui, cependant, sont la question tout entière. Si, en effet, les relations de causalité des lésions thyroïdiennes avec la maladie de Basedow sont le fond de notre programme, c'est que cette prétendue maladie intéresse, de toute évidence et en premier lieu, le système nerveux. L'altération anatomo-pathologique serait la cause, le goître exophtalmique serait l'effet, c'est à dire la maladie elle-même.

Ainsi étions-nous entraîné par un courant presque insurmontable vers ce but inconnu, où le physiologiste se laisse tout naturellement porter, mais que le clinicien redoute. On comprendra que, pour résister à ce courant, nous ayons dû faire un grand effort. Nous avons suivi la direction qui nous était indiquée, sans nous abandonner aux tentations d'une pathogénie trop facile. Nous nous sommes souvenu que la première qualité d'un rapport est l'impartialité; la seconde, la concision. Nous n'avons donc voulu faire ni le procès ni le panégyrique de la doctrine nouvelle; et si, dans le nombre considérable des publications qu'elle a suscitées, il en est que nous avons passées sous silence, du moins ne remarquera-t-on,

à la lecture de ce travail, aucune lacune importante; celles qu'on pourrait y rencontrer n'y seraient, en tout cas, que par le fait d'une omission absolument involontaire [1].

I. — Comment est née la théorie thyroïdienne de la maladie de Basedow.

Il fut une époque où tous les phénomènes morbides s'expliquaient par l'*inflammation;* c'est déjà presque de l'histoire ancienne. Puis vint le temps où l'*acte réflexe* suffisait à expliquer ce que l'inflammation toute seule n'expliquait plus. Il n'y a pas vingt ans de cela, et c'est à peine si l'on en parle encore. Aujourd'hui, en dehors du traumatisme, l'intoxication passe pour la condition pathogénique nécessaire.. Sans doute, l'inflammation et les réactions réflexes ne sont pas oubliées, mais elles ne figurent qu'au second plan.

Il n'est pas douteux qu'on se rapproche peu à peu de la vérité. Cependant il ne faut pas attribuer aux mots un pouvoir prestigieux qui permettrait de déchiffrer toutes les énigmes. Que la maladie de Basedow, mystérieuse dans ses origines comme dans son mécanisme symptomatique, ait été rapportée depuis quelque temps à une *auto-intoxication,* personne n'en est surpris. Cela sera peut-être un jour scientifique; pour le moment, cela est surtout humain. Nous voulons dire qu'il est conforme à une sorte de besoin de notre esprit de recourir aux interprétations simples et uniformes. Or, il s'en faut que l'existence supposée constante et indispensable d'une lésion thyroïdienne implique le fait préalable d'une *intoxication* à retentissement dystrophique général. On le verra par la suite.

Vers le milieu de ce siècle, lorsque les premières observations de goître exophtalmique virent le jour, on pouvait tout aussi bien invoquer l'influence pathogénique du goître lui-

[1] Parmi les revues critiques les plus détaillées qui ont paru depuis quelques années, nous citerons l'article de Rendu (*Dict. encycl.,* 1883), la monographie de Mannheim (Berlin, Hirschwald, 1893) et celle de Hirschberg (Vienne, Urban et Schwarzenberg, 1894).

même. Pour montrer plus clairement comment la question a subi une transformation si complète, quelques mots d'historique sont nécessaires.

Saint-Yves, Bousquet, Demours, Brücke, Parry avaient remarqué que certains goîtreux se distinguaient des autres par de l'exophtalmie et des palpitations cardiaques. Successivement Graves, Stokes, Basedow dégagèrent les goîtreux de cette variété de tous ceux, affectés de goître endémique, avec lesquels ils avaient été confondus. C'était une maladie tout à fait indépendante, méconnue, peut-être d'origine récente. Charcot [1] en proclama l'autonomie nosographique et dès lors les cas se multiplièrent : on ne voit bien que ce qu'on connaît déjà. Mais si, dès 1856, le diagnostic était devenu facile, les causes prochaines semblaient encore inabordables, enveloppées de l'obscurité la plus profonde ; personne ne se risquait même à en parler.

Un rapport devenu fameux, dont l'Académie de Médecine confia la rédaction à Trousseau en 1862, fut une occasion décisive. Les opinions qui s'étaient réservées se déclarent maintenant et s'affirment ; mais quelles divergences et quelles contradictions !

La discussion toutefois ne fut pas vaine, car, à partir de ce jour la « cachexie » dite *goître exophtalmique*, qui n'attendait qu'un nom présentable pour faire figure dans les livres classiques, fut appelée *maladie de Graves.* Malgré des revendications où le chauvinisme eut quelque influence, on la débaptisa en faveur de Basedow. Mais l'essentiel était fait ; les trois phénomènes cardinaux, goître, exophtalmie, palpitations, étaient réunis dans un groupement définitivement connu. Triade de Graves ou triade de Basedow, peu importe ; la pathologie comptait une maladie de plus.

A l'exemple de Graves et de Stokes, Trousseau croyait que les troubles cardiaques étaient les premiers en date ; que, par conséquent, ils caractérisaient la nature de l'affection, puisqu'ils en étaient la manifestation fondamentale, tandis que le goître et l'exophtalmie n'étaient que des accidents secondaires ou tout simplement des complications fréquentes.

(1) Charcot. — *Gazette médicale de Paris*, 1856, p. 583 et 599.

Il ne négligeait pas pour cela les désordres psychiques, les anomalies respiratoires, les caprices nerveux des organes digestifs, l'aménorrhée, etc. Et, comme les autopsies démontraient que les orifices auriculo-ventriculaires et artériels restaient sains, que l'hypertrophie du myocarde était inconstante et en tout cas fonctionnelle, la conclusion ne paraissait pas douteuse : Il ne pouvait s'agir que d'une *névrose du cœur*.

Trousseau n'eut pas de peine à entraîner la conviction. D'ailleurs, quoi de plus séduisant et à la fois de plus rationnel que l'hypothèse d'une névrose cardiaque dont le grand sympathique ferait les frais? N'était-ce pas l'appareil vaso-moteur qui devait être tout d'abord mis en cause? Et puis il faut bien être de son temps : dans des travaux tout récents et d'emblée mémorables, Claude Bernard venait de faire entrevoir les applications d'une physiologie absolument inédite à une foule d'états pathologiques jusqu'alors incompréhensibles. La cachexie qualifiée d'*exophtalmique* paraissait d'autant plus justiciable d'un trouble fonctionnel du sympathique, que la portion cervicale de ce cordon renferme non seulement des filets vaso-moteurs destinés au plexus cardiaque, mais encore des filets oculaires. Kœben (1), le premier, avait eu l'idée de ce rapprochement ; Aran (2), toujours des premiers sur la brèche, l'adoptait sans réserves. Enfin, Trousseau lui donnait l'éclat de son éloquence, Charcot la consécration de son autorité naissante et déjà presque incontestée.

Et cependant, au brillant plaidoyer de Trousseau, Piorry ripostait vaillamment. C'était encore le temps des belles joutes académiques. La discussion risquait de s'éterniser et elle pourrait durer encore, car les faits sur lesquels Piorry basait son argumentation n'étaient pas, pour la plupart, des cas de vrai goître exophtalmique. Bien loin de reconnaître dans la maladie décrite par Graves et Basedow une névrose à localisation sympathique initiale, il n'y voulait voir qu'un assemblage de phénomènes disparates, n'ayant de commun que la compression exercée sur les gaines vasculo-nerveuses du cou par le corps thyroïde primitivement hypertrophié et entraînant

(1) *De Exophtalmo de Struma cum cordis affectione*, dissert. inaug. Berlin, 1855.

(2) De la nature et du traitement de l'affection connue sous le nom de *goitre exophtalmique* (Acad. de Méd., 4 décembre 1860).

soit des troubles nerveux, soit des troubles circulatoires, soit les uns et les autres simultanément.

La théorie de Piorry n'eut qu'un maigre succès; les classiques, en général, la répudièrent. Elle fut cependant la *première théorie thyroïdienne* du goître exophtalmique; tout ce qu'on peut avoir formulé contre elle ou pour elle, reproduit dans les Manuels, ne saurait figurer ici; mais il est assez piquant de constater que la supposition d'une altération nécessaire du corps thyroïde, rejetée bien loin tout d'abord par les enthousiastes de la physiologie expérimentale et en particulier par les friands de la primeur vaso-motrice, n'a pas disparu pour toujours. Après plus de trente ans, elle émerge, sous une forme nouvelle, de l'oubli où elle avait sombré.

Pourquoi cet insuccès d'une thèse, en somme très défendable? Nous venons déjà de dire que les observations de Piorry n'étaient pas superposables à celles de Trousseau. Pour produire une compression suffisamment efficace sur le sympathique cervical, il faut que la tumeur thyroïdienne ait un certain volume et une certaine consistance; c'était à des tumeurs dures et grosses que Piorry faisait allusion. Or, la tumeur goîtreuse, dans la maladie de Basedow, est souvent petite et molle; ses caractères physiques sont presque indifférents. Il suffit que la glande soit hypertrophiée pour mériter le nom de *goître;* quant au degré de l'hypertrophie, tous les auteurs, dès le début et à l'unanimité, ne lui avaient reconnu qu'une importance très secondaire; déjà même il était avéré que la maladie de Basedow peut exister sans lésion *apparente* du corps thyroïde.

Ce n'est pas tout. Un des prétextes invoqués contre la théorie thyroïdienne de Piorry était le suivant : L'histologie du goître exophtalmique et celle du goître simple sont identiques; mêmes proliférations épithéliales, mêmes végétations intra-vésiculaires, mêmes formations kystiques, etc. Si les altérations microscopiques sont les mêmes dans deux états morbides si différents, c'est, à coup sûr, qu'elles ne sont pas la cause de la maladie.

Cet argument a fait son temps. Il y a entre les lésions thyroïdiennes du goître exophtalmique et celles du goître simple une différence capitale. Il n'est pas niable qu'on

trouve, dans les deux tumeurs, des altérations destructives, rigoureusement identiques; mais, tandis que dans le goître simple ces altérations sont partielles et ne changent rien à la constitution et à la fonction du tissu resté sain, dans le goître exophtalmique elles sont généralisées à la totalité de la glande et, de ce fait, modifient du tout au tout la quantité et peut-être la qualité de la sécrétion normale. On saisira mieux le contraste si l'on se souvient des conséquences respectives de l'hydronéphrose et de la néphrite interstitielle. Dans l'hydronéphrose, la couleur, la forme et le volume du rein peuvent être transformés à ce point que l'organe n'est plus reconnaissable; c'est un amas de poches séreuses, de kystes agglomérés, entre lesquels le parenchyme utile semble avoir complètement disparu. Il n'en est rien cependant, car, dans les interstices de cette grappe kystique, la substance corticale, toute disloquée qu'elle soit, garde sa constitution fondamentale, ses tubes contournés, ses glomérules, ses tubes droits, ses anses de Henle, etc.; ceux-ci restent en connexion avec les conduits excréteurs qui porteront l'urine jusqu'aux calices, parfois très éloignés. Si les kystes se sont développés aux dépens de la substance corticale, il n'en est pas moins vrai qu'une très faible partie de cette substance est perdue pour la fonction. Au contraire, dans telle variété du mal de Bright, où le rein n'a subi que des modifications insignifiantes de couleur, de poids, de forme et de volume, la lésion microscopique, à peine soupçonnée à l'œil nu, suffit amplement pour annihiler la filtration du liquide ou l'exécrétion des principes essentiels de l'urine.

Il en est absolument de même des lésions goîtreuses. L'hypertrophie considérable qu'on peut constater dans le goître simple est presque toujours liée à des formations kystiques qui n'influencent guère la sécrétion des parties restées saines. Dans le goître exophtalmique, où les kystes sont d'ailleurs nombreux le plus souvent et parfois même de gros volume, la majeure portion du parenchyme folliculaire est gravement altérée. On prévoit les conséquences. Si l'altération dont il s'agit consiste en une végétation épithéliale, ne s'écartant pas notablement du type normal, la sécrétion du suc thyroïdien s'exagère d'autant, et nous verrons par la suite les résultats qu'on a attribués au surcroît de la fonction.

Donc, à l'époque où cette distinction n'était pas encore admise, la théorie thyroïdienne de la maladie de Basedow n'avait de chances de durer qu'en invoquant la compression exercée par la tumeur thyroïdienne sur le sympathique cervical. Et, comme le sympathique cervical semblait toujours jouer un rôle prépondérant, même dans les cas où le goître faisait défaut, c'était, en fin de compte, à une théorie nerveuse qu'il fallait se rallier.

La théorie *sympathique,* dont Kœben, Aran, Charcot, Trousseau s'étaient déclarés partisans, n'eut jamais la faveur générale. Elle fut soutenue surtout et avec le plus grand talent par Jaccoud, mais il faut convenir qu'une intervention pathogénique directe du sympathique ne s'explique pas aisément : Si l'on suppose une paralysie, on ne comprend pas l'existence de la tachycardie et des palpitations ; et si l'on invoque l'excitation, on s'étonne de ne constater aucun des symptômes pupillaires ou vaso-moteurs du visage qui font suite à l'excitation expérimentale du cordon cervical.

D'ailleurs, le tableau clinique de la maladie de Basedow comporte, presque nécessairement, un ensemble de phénomènes qui n'ont rien à voir avec une altération du système sympathique et qui, plus ou moins complets, mais ne pouvant faire défaut, sont d'une façon irrécusable d'origine encéphalique : les paralysies oculaires, les paralysies des membres, les troubles psychiques, etc. Tous ces symptômes semblent relever d'une lésion ou d'une perturbation fonctionnelle des centres bulbo-protubérantiels ; si bien que — il n'y a pas encore quatre ans de cela — c'était la théorie dite *bulbaire* ou *centrale* qui ralliait la majorité des auteurs. Notre collègue Ballet en fut le champion le plus ardent et le plus convaincu ; il entraînait l'immense majorité des auteurs à sa suite. Tout à coup, une réaction s'accomplit. Sous l'influence d'une petite publication de Möbius(1), la théorie bulbaire ou nerveuse centrale perd du terrain. La glande thyroïde sécrète une substance toxique, et c'est cette substance qui exerce sur les centres nerveux les actions pathogènes diverses qui se traduisent par la triade et les symptômes connexes du goître exophtalmique.

(1) *Schmidt's Jahrbücher*, 1886, Bd 210, p. 237.

La lésion goîtreuse, conformément à une opinion déjà émise en 1878 par O'Neil (1), serait donc la cause éloignée, mais indispensable, de la maladie de Basedow. M. Joffroy, s'appuyant sur quelques observations complètes (y compris l'autopsie et l'analyse histologique), se déclarait franchement dans le même sens : « La maladie de Basedow se rattache *dans tous les cas* soit à un fonctionnement vicieux, soit à des altérations plus ou moins profondes du corps thyroïde (2). »

Voilà donc deux opinions nettement opposées et contradictoires. Il semble qu'entre les deux il n'y ait pas de compromis possible. L'une fait de la maladie de Basedow une affection primitivement encéphalique, bulbo-protubérantielle; l'autre la considère comme une auto-intoxication à réactions nerveuses.

Pourquoi la théorie thyroïdienne a-t-elle surgi, pourquoi se dresse-t-elle inopinément contre la théorie nerveuse centrale? Telle est en somme la question.

On concevra qu'il nous soit impossible de la traiter autrement qu'en établissant le bilan respectif des arguments anatomiques, physiologiques ou cliniques, produits par les « bulbaires » et les « thyroïdiens ». M. Ballet est bulbaire; M. Joffroy est thyroïdien. Nous remplirons notre rôle de rapporteur comme un juge de paix remplit le sien; nous chercherons le terrain de conciliation où thyroïdiens et bulbaires pourraient se rencontrer. Ce terrain sera évidemment celui de la clinique.

Or, la clinique nous a appris que certains sujets, atteints depuis longtemps de goître simple, présentent parfois quelques symptômes de maladie de Basedow, principalement de la tachycardie, de l'oppression, du tremblement et une sorte de nervosisme général. Il en est même qui, peu à peu, viennent à réaliser presque au grand complet le tableau classique du goître exophtalmique. Nous disons *presque*, attendu que la transformation progressive d'un goître simple en goître exophtalmique est, selon nous et jusqu'à plus ample informé, un fait absolument exceptionnel. Nous voulons dire, par là, que

(1) *The Lancet*, 1878, vol. I.
(2) Nature et traitement du goître exophtalmique (Leçons faites en décembre 1891 à la Salpêtrière et publiées par le *Progrès médical* en 1894).

nous ne connaissons pas une seule observation de goître exophtalmique conforme au type classique de cette maladie, survenu à la suite d'un goître simple. En d'autres termes, le goître exophtalmique d'emblée, même sans hypertrophie thyroïdienne apparente, se rapproche toujours beaucoup plus de la maladie décrite par Basedow que le goître ophtalmique consécutif à un goître simple.

Peu importe, après tout, la différence, s'il est vrai que certains états morbides provoqués par un goître simple peuvent simuler la maladie de Basedow? — Il existerait donc de fausse maladies de Basedow, c'est à dire un groupement de symptômes ou un syndrome, qui serait la conséquence tout à fait fortuite et contingente d'une lésion thyroïdienne quelconque.

Voilà tout trouvé le terrain clinique de conciliation; il ne s'agit plus que d'interpréter les faits; et, dès lors, de l'aveu unanime, l'entente est possible.

Si la sécrétion thyroïdienne, viciée par une lésion glandulaire récente ou ancienne, est la véritable cause des symptômes de la maladie de Basedow, il est de toute évidence que le poison en circulation se fixe ou localise ses effets sur la région bulbo-protubérantielle. Oui, certainement, la presque totalité des symptômes de la maladie de Basedow relèvent d'un mécanisme bulbaire; mais, ce mécanisme doit être préalablement actionné par la toxine thyroïdienne. Alors même que le corps thyroïde n'est pas hypertrophié, il peut avoir subi de profondes altérations de structure; et le choix que le poison fait de certains centres bulbo-protubérantiels pour y exercer ses maléfices démontre simplement que les centres dont il s'agit, probablement reliés entre eux par des connexions préétablies, subissent presque en même temps et presque au même degré l'influence de la matière toxique.

Ainsi, tout revient à dire : la cause de la maladie est une intoxication thyroïdienne, mais la cause des symptômes est la localisation bulbo-protubérantielle du poison thyroïdien.

D'ailleurs toute maladie se définit, en dernière analyse, par sa cause première, et tout syndrome se définit par la localisation anatomique de cette cause; car la localisation invariable du syndrome implique la constance anatomo-physiologique du centre intéressé. Mais, si le syndrome résulte d'une perturba-

tion survenue dans un centre nerveux déterminé, pourquoi ne pas admettre qu'elle puisse être le fait de causes multiples? Si la localisation commande le syndrome, pourquoi ne pas appliquer au cas particulier de la maladie de Basedow, la loi si simple, formulée pour la première fois par Charcot, et qui régit toute la pathologie des centres nerveux : *La lésion n'est rien, la localisation est tout?* Pourquoi dénier au *centre* bulbo-protubérantiel du syndrome basedowien la faculté de réagir identiquement sous des influences multiples?

L'épilepsie, elle aussi, est un syndrome provoqué par la stimulation morbide d'un centre; et si nous ignorons la localisation exacte de ce centre, nous sommes tous, sans exception, prêts à affirmer que la stimulation est presque indifférente; c'est tantôt une plaque méningitique, tantôt une gomme, tantôt une sclérose progressive, une compression irritante, une intoxication soit alcoolique, soit absinthique, soit saturnine, ou une auto-intoxication d'origine rénale, ou gastrique, ou hépatique, etc., etc.

Toujours dans le même esprit de conciliation, accordons aux partisans de la théorie thyroïdienne que certains goîtres mettent en circulation un poison capable de produire le syndrome de Basedow; il suffira que ce poison se fixe, par une affinité spéciale, sur le *centre du syndrome*. En revanche, n'est-on pas tenu de reconnaître que toute autre irritation permanente du même centre, lésion matérielle ou trouble fonctionnel agissant directement ou à distance, doit donner lieu au même ensemble de symptômes?

Ainsi seulement pourront s'expliquer tant d'exemples de maladie de Basedow où la lésion thyroïdienne n'a assurément rien à voir.

En résumé, à l'heure actuelle, toute théorie exclusive semblera prématurée. N'est-il pas téméraire et n'est-ce pas, comme on dit, couper les ponts derrière soi que de déclarer dès aujourd'hui que « la maladie de Basedow se rattache, *dans tous les cas,* soit à un fonctionnement vicieux, soit à des altérations plus ou moins profondes du corps thyroïde »?

Peut-être l'éclectisme que nous préconisons semblera-t-il lui-même une conclusion hâtive? — On peut lui reprocher d'être une opinion « juste-milieu », partant d'un bon naturel, mais

frappée de stérilité. On peut surtout critiquer l'argument qui lui sert de base : *le goître exophtalmique n'est pas une maladie, mais un syndrome.*

C'est d'abord cette proposition fondamentale que nous allons nous efforcer de justifier sommairement.

II. — La maladie de Basedow est un syndrome.

En premier lieu, il ne sera pas superflu de rappeler la transformation qui s'est insensiblement accomplie dans les esprits et qui se manifeste dans les plus récents ouvrages didactiques touchant la nature des grandes névroses.

L'épilepsie, par exemple, qui passait pour une maladie *essentielle* jusqu'à Lasègue lui-même, ne compte plus guère que pour un syndrome; elle n'existe pas par elle-même, elle est toujours *symptomatique de quelque chose.* Et il est assez remarquable que les modifications successives subies par la théorie générale de l'épilepsie, dans un délai si court, sont exactement les mêmes que celles auxquelles nous devons la conception contemporaine du « syndrome basedowien ».

Aux temps les plus reculés, à l'origine de la médecine, cette même épilepsie était le prototype des maladies essentielles. C'était comme l'essence même du mal, le mal pour le mal, le mal qui a sa cause en lui-même, comme Dieu seul : aussi l'appelait-on le *mal sacré.*

L'assimilation du *petit mal* au grand mal fut le premier acte du démembrement. Puis les équivalents de l'épilepsie, vertiges, hallucinations, actes impulsifs, firent oublier peu à peu l'essentialité de la névrose. L'intervention de symptômes épileptoïdes dans des états morbides anatomiquement définis, tels que la méningite chronique, la paralysie générale, l'encéphalite atrophique, etc., réduisit de jour en jour le champ d'abord si vaste de l'épilepsie *réputée essentielle,* et c'est presque en vain que nous en cherchons aujourd'hui les limites.

L histoire de la maladie de Basedow a traversé les mêmes vicissitudes.

D'abord, on n'eut pas de peine à remarquer que la fameuse triade n'était pas nécessaire pour que la névrose fût reconnaissable; bientôt même les formes typiques devinrent beaucoup plus rares que les formes atypiques. Les syndromes frustes sont toujours beaucoup plus communs que les syndromes complets. Puis, au lieu des trois symptômes fondamentaux de la maladie de Basedow, on apprit à distinguer des variétés cliniques, où la maladie appelée *goître exophtalmique* pouvait naître et évoluer jusqu'à la cachexie terminale, *sans exophtalmie* et même *sans goître*. On s'aperçut enfin, de même que pour l'épilepsie, que l'apparition de la triade dans des états morbides anatomiquement définis, tels que le tabes et la syringomyélie, resserrait d'autant les frontières officiellement assignées, dans le principe, à la maladie de Basedow; si bien qu'il nous est devenu presque impossible de reconnaître les bornes de son premier domaine.

Cette substitution de l'idée de syndrome à celle de maladie *essentielle* s'est faite en moins de vingt ans, insensiblement, disons-nous, mais complètement. Il n'est pas, en effet, jusqu'à l'étiologie de l'épilepsie devenue syndrome qui n'ait été réemployée en quelque sorte pour la maladie de Basedow, depuis la malformation native ou héréditaire des centres nerveux jusqu'à l'infection microbienne ou l'auto-intoxication. Le mécanisme réflexe des grands syndromes qui, aux yeux des spécialistes, motive ou excuse les interventions les plus inattendues, joue momentanément, comme il fallait s'y attendre, un rôle étiologique d'une importance considérable. La maladie de Basedow fut tour à tour ou simultanément symptomatique des polypes nasaux, des érosions du col utérin, de la dilatation gastrique et de l'entéroptose! L'épilepsie de cause nasale, de cause utérine, gastrique, intestinale, n'est en somme ni plus ni moins difficile à expliquer ou à comprendre. Bref, s'il y a eu quelque engouement pour cette théorie réflexe, on ne saurait lui dénier toute valeur. Loin de là. Il est seulement fâcheux que la tendance à généraliser — sans conséquences dangereuses au point de vue dogmatique — se soit manifestée quelquefois par une intempérance chirurgicale beaucoup moins inoffensive.

Il nous semble qu'il faut considérer de plus près cette

communauté de sort réservée aux névroses depuis quelques années; car une partie de la question est là.

Si la maladie de Basedow est un *syndrome nerveux,* plus ou moins complexe selon les cas, non toujours identique, mais toujours comparable à lui-même, il s'ensuit que les états morbides primitifs dont il est la manifestation permanente sont variables eux-mêmes; c'est à dire que le syndrome de Basedow peut survenir à la suite et par le fait de maladies très différentes. En d'autres termes, il ne serait pathognomonique ni de la lésion définitive d'un centre bulbaire, ni d'un trouble persistant, purement dynamique, localisé au même centre, ni même enfin d'une altération plus ou moins grossière de la glande thyroïde.

Et, puisque nous sommes toujours tentés de raisonner d'abord par comparaison, nous dirons que le syndrome de Basedow, fruste ou complet, est indifféremment symptomatique de telle ou telle de ces affections primitives, si peu précises qu'elles soient, tout comme le syndrome comitial, typique ou atypique, appartient à l'urémie, aux infections microbiennes, aux intoxications alimentaires, aux irritations permanentes de l'écorce cérébrale, à certaines stimulations périphériques, voire même à de simples commotions psychiques.

Parmi les névroses qui se distinguent, comme la maladie de Basedow, par leur chronicité et leur évolution progressive, il en est une que nous voudrions citer encore : c'est la maladie de Parkinson. A combien de causes disparates ne l'a-t-on pas rapportée? — D'abord aux grandes secousses morales, principalement à la frayeur; puis aux lésions les plus diverses des centres nerveux, sans qu'il ait été jamais possible, soit de suspecter telle partie des centres plutôt que telle autre, soit de déterminer la nature de la lésion incriminée... On l'a même attribuée à une altération en quelque sorte spécifique de la fibre musculaire! Le seul fait qui subsiste, celui que Charcot s'obstinait à remettre constamment en valeur, car il est au seuil de toutes les névroses sans exception, c'est *la prédisposition nerveuse héréditaire ou acquise.* Bien d'autres analogies sautent aux yeux. La maladie de Parkinson, à supposer qu'elle ne soit elle-même qu'un syndrome, n'est pas invariablement la même.

Le fonds commun, dans tous les cas et en dépit de toutes les dissemblances, est la rigidité musculaire.

En effet, chaque névrose a *son signe.* Quel est donc celui de la maladie de Basedow?

Supposons le problème résolu : la maladie de Basedow est un syndrome. En cette qualité, elle est subordonnée à des causes différentes et sujette à varier selon les cas et dans des proportions presque égales au chiffre des cas eux-mêmes. Si, comme tous les syndromes classés, elle comporte une forme typique et en quelque sorte virtuelle, — car la perfection n'est même pas du monde des choses pathologiques, — elle comporte aussi des formes atypiques, incomplètes ou frustes.

Tout syndrome est caractérisé par un ensemble de phénomènes à combinaison plus ou moins étroite, à évolution plus ou moins fatale. Dans le nombre de ces phénomènes il en est un, en général, qui l'emporte sur les autres par sa précocité, par son intensité, par sa constance. Qu'il s'agisse d'un syndrome à cycle rapide comme l'épilepsie, d'un syndrome à cycle moins rapide comme l'asthme ou enfin d'un syndrome permanent comme la maladie de Basedow, il est toujours possible d'attribuer une valeur plus grande à tel ou tel des symptômes dont le tout se compose : Dans l'épilepsie c'est l'*absence,* soudaine, inopinée, ou le vertige, équivalent de l'absence lorsque l'absence n'est pas complète; et, de fait, c'est le premier en date de tous les phénomènes qui vont se dérouler. Les convulsions ont pu manquer; l'attaque d'épilepsie a eu lieu quand même. Dans l'asthme, c'est la *dyspnée par contraction tonique du diaphragme.* La sécrétion catarrhale peut faire défaut, comme aussi l'émission terminale d'urine; le malade a reconnu son mal, car c'est *son* asthme à lui, le sien, il ne s'y trompe pas. Dans les syndromes permanents et définitifs comme la maladie de Parkinson, c'est la *rigidité musculaire;* souvent les mains ne tremblent pas, mais l'attitude toute seule est amplement significative. Il est donc naturel de définir sinon le syndrome, du moins l'état morbide auquel il peut être ramené, par le symptôme fondamental, c'est à dire le plus constant, qui est aussi, dans l'immense majorité des cas, le plus précoce. De même, il est logique de supposer que la localisation centrale de ce symptôme essentiel est le premier foyer de

localisations secondaires multiples, dont la mise en jeu suit un ordre prévu et pour ainsi dire conforme aux connexions topographiques préétablies de certains autres centres fonctionnels. Ce symptôme primordial qui, dans l'épilepsie jacksonienne par exemple, est d'une importance pratique, immédiate, s'appelle le *signal-symptôme*, car il est bien le signe (la signature, la signification) de la localisation première.

Existe-t-il dans la maladie de Basedow un symptôme invariablement prédominant? Parmi les trois de la triade en est-il un auquel on doit attribuer une valeur prépondérante et qu'on peut considérer comme le plus précoce, le plus durable, le plus constant? Ce symptôme n'est certainement pas la tuméfaction goîtreuse, non plus que l'exophtalmie; c'est la *tachycardie.*

Il est vrai que la tachycardie est un phénomène bien vulgaire, tandis que la congestion hypertrophique du corps thyroïde et surtout l'exophtalmie sont très spéciales, presque pathognomoniques. L'exophtalmie de la maladie de Basedow est moins remarquable par la rapidité de son apparition que par le signe de de Græfe qui l'accompagne : elle n'appartient guère qu'à cette maladie.

On sait cependant qu'elle peut faire complètement défaut, tout comme le goître d'ailleurs, ce qui n'empêche pas la maladie de suivre son cours en s'affirmant peu à peu, non seulement par la tachycardie, mais par le tremblement, les accès de diarrhée paroxystique, la boulimie, les fringales, les crises de dyspnée, la polyurie, les troubles menstruels, les dystrophies cutanées, la diminution de la résistance électrique, les perturbations du caractère, les convulsions épileptiformes, l'anémie chlorotique, enfin la cachexie, tous symptômes dont l'ensemble est pathognomonique de la maladie de Basedow. Si le goître et l'exophtalmie peuvent manquer à un tableau si complexe, alors qu'on les considérait autrefois comme indispensables, il n'en est pas de même de la tachycardie, et Trousseau n'avait pas omis de mettre ce fait capital en lumière. Les causes qui engendrent des accidents si nombreux et si variés ne peuvent être évidemment toujours identiques à elles-mêmes. D'abord leur intensité a des degrés; puis les résistances ou les susceptibilités individuelles se combinent avec elles pour modifier selon leurs proportions respectives l'allure et la

physionomie générale de l'affection. Or, si l'affection se réduit en dernière analyse à un syndrome si inconstant dans ses éléments constitutifs fondamentaux, c'est que sa cause première est elle-même variable et tel est, nous le répétons à dessein, le cas de tous les syndromes nerveux.

Mais voici l'argument spécieux sur lequel s'appuie la théorie thyroïdienne :

Assurément, la maladie de Basedow est un syndrome à peu près exclusivement nerveux. Cela ne veut pas dire que la totalité des phénomènes dont il se compose ne provienne pas d'une intoxication à localisation bulbaire. « Parfois, l'hypertrophie du corps thyroïde est si peu accusée, si peu apparente, qu'elle ne se traduit plus à la simple inspection du cou et demande alors à être recherchée par une palpation méthodique... Quand bien même le corps thyroïde ne présenterait ni tumeur ni hypertrophie apparentes, on ne peut affirmer pour cela qu'il n'est pas altéré... Tout goître qui se développe rapidement, même en quelques heures, et dans lequel l'élément vasculaire semble être uniquement en cause est un corps thyroïde préalablement altéré dans sa trame (1).

On devine déjà les conclusions de ces prémisses. Le poison distillé par la glande thyroïde met en jeu — tout comme l'admettent les partisans de la théorie nerveuse centrale — les centres bulbaires du syndrome basedowien. La lésion thyroïdienne existait; il suffit que ces centres subissent un ébranlement fortuit, auquel leur fragilité innée les prédispose, pour que la maladie éclate et suive son cours inexorable. Jusqu'alors, la même lésion était demeurée silencieuse et rien ne la faisait soupçonner. La substance morbigène errait dans la circulation sans trouver son emploi. Voici que les circonstances lui permettent d'exercer ses ravages. Elle s'attaque d'abord aux noyaux du pneumogastrique et les paralyse : la tachycardie s'explique. Elle arrive aux noyaux des muscles extrinsèques du globe oculaire et les paralyse : l'exophtalmie s'explique. Elle touche les noyaux des nerfs vaso-sécrétoires du rein : la polyurie s'explique. Elle se répand parmi les centres sympathiques de la nutrition épidermique, paralyse les uns, excite

(1) Joffroy. — *Loc. cit.*, p. 6, 7 et 8.

les autres : le vitiligo, l'urticaire, les taches pigmentaires s'expliquent. Elle chatouille au passage les centres corticaux de l'idéation : la vésanie s'explique... Elle se garde d'épargner les centres cachés de la fonction sexuelle : l'impuissance génitale s'explique..., tout s'explique. C'est, dans toute la splendeur dont elle brille de nos jours, la gloire de l'intoxication! Mais qu'y a-t-il de vrai dans tout cela? Est-ce que la nature a des procédés si simples? N'est-ce pas par trop lumineux ou n'est-ce pas trop de clair-obscur?

Ainsi, deux conditions seraient nécessaires et suffisantes pour mettre en branle les centres bulbo-protubérantiels du syndrome basedowien : une lésion préalable de la trame thyroïdienne et une prédisposition nerveuse. Il nous faut les étudier successivement de plus près. Nous passerons d'abord en revue, aussi brièvement que possible, les circonstances qui créent la susceptibilité individuelle.

III. — Les causes générales et spéciales.

De toutes les causes prédisposantes, quelque maladie qu'on envisage, la plus efficace est de beaucoup l'*hérédité*. En neuropathologie surtout, c'est elle aujourd'hui qu'on recherche toujours la première. Mais le caractère nerveux familial n'est pas ici le seul facteur à incriminer. Depuis quelques années, on a signalé des cas de maladie de Basedow héréditaires.

L'*hérédité similaire*, assez commune en somme, ne plaide pas en faveur d'une des deux théories plus qu'en faveur de l'autre. Quoi qu'en dise Henri Mignon (1), elle est loin d'être exceptionnelle, puisque sur 200 observations, cet auteur l'a relevée 20 fois, c'est à dire 1 fois sur 10. La proportion serait donc supérieure à celle de l'hérédité du cancer; elle nous paraîtrait tant soit peu exagérée si nous nous en rapportions à nos souvenirs personnels. L'observation la plus remarquable est celle d'Œsterreicher, rapportée par Dejerine dans sa thèse d'agrégation : « Une mère hystérique a 10 en-

(1) *Contribution à l'étude de l'étiologie du syndrome de Basedow*, th. de Paris, 1895, nº 97.

fants : 4 fils et 6 filles; sur ces 10 enfants, *nerveux* ou *hystériques* pour la plupart, 8 ont présenté les symptômes de la maladie de Graves. Une de ces filles, atteinte de goître exophtalmique, est elle-même la grand'mère de 4 petites filles, dont 3 sont atteintes de maladie de Basedow; la quatrième est hystérique. Enfin, un des deux enfants indemnes engendre un fils épileptique. »

Mais si l'hérédité similaire est relativement fréquente, l'*hérédité névropathique vulgaire* l'est bien plus encore. Nous avons déjà dit qu'elle constitue, selon Charcot, une règle absolument générale. On aurait, croyons-nous, grand'peine à mettre au jour une seule observation de maladie de Basedow franche et typique, où l'hérédité névropathique fît défaut, et nous ajouterons même : une seule observation où les antécédents névropathiques familiaux ne fussent pas gravement chargés. L'embarras serait grand s'il fallait préciser les manifestations nerveuses qui annoncent, chez les ascendants, une prédisposition de la descendance au goître exophtalmique; autant vaudrait énumérer toutes les névroses. Cependant le tremblement essentiel, la chorée, l'asthme, l'apoplexie figurent le plus souvent dans les tableaux généalogiques. A quelle conclusion oblige le fait de l'hérédité névropathique, si clairement démontrée par les chiffres, depuis que Charcot en a proclamé, sans statistique personnelle, la constance à peu près absolue? Une fois de plus, ne semble-t-il pas que la maladie de Basedow soit un équivalent de névrose? Et cette opinion ne séduit-elle pas plus que l'hypothèse d'une auto-intoxication familiale, liée à une malformation ou à une lésion héréditaire du corps thyroïde?

N'est-il pas plus difficile de concevoir que la malformation ou la lésion thyroïdienne alterne, dans les mêmes familles frappées de tares nerveuses, avec l'épilepsie, avec la chorée, avec la mélancolie? Sans doute, dans la famille arthritico-nerveuse, l'asthme alterne avec la goutte ou avec le diabète; mais l'asthme est foncièrement une névrose, et il est au moins vraisemblable que la goutte et le diabète dérivent d'un trouble nerveux primordial; mais, en tout cas, ni la goutte ni le diabète n'ont besoin d'un intermédiaire comme le corps thyroïde pour affirmer leurs accointances névropathiques.

Enfin, il n'existe pas une seule névrose qui ne puisse se combiner avec la maladie de Basedow. Il est même exceptionnel qu'une maladie de Basedow évolue du premier au dernier jour et parcoure toutes ses étapes jusqu'à la cachexie terminale, sans s'être, à partir d'un certain jour, agrémentée d'une hystérie franche, d'un asthme essentiel, d'une épilepsie, d'une neurasthénie, d'une névralgie quelconques.

Parmi les associations névropathiques les plus habituelles à la maladie de Basedow, les psychoses figurent au premier rang; ici la théorie bulbaire et la théorie thyroïdienne peuvent à l'envi se flatter de fournir chacune l'interprétation la plus plausible. L'inquiétude permanente, l'insécurité physique, le besoin de mouvement, la versatilité du caractère et des idées s'expliquent, si l'on admet la théorie bulbaire, par l'anxiété commune à toutes les affections du bulbe, fonctionnelles ou anatomiques, surtout dès l'instant que l'activité circulatoire excessive, à laquelle aucun « basedowien » n'échappe, stimule avec une intensité persistante les centres gris de l'écorce en connexion avec le bulbe.

La théorie thyroïdienne est incomparablement plus simple, puisque le seul mot d'*intoxication* tient lieu de tout aujourd'hui. On peut la résumer ainsi : La substance toxique, capable d'exercer une action si funeste sur les centres bulbaires de la circulation, sur les centres spinaux de la respiration, sur les centres sympathiques qui commandent aux sécrétions et disciplinent la nutrition générale, cette substance n'est-elle pas capable d'empoisonner du même coup l'écorce intelligente?... La prédisposition névropathique n'est même plus indispensable, quoiqu'elle ne nuise pas à l'occasion.

On envie la quiétude des pathologistes qui s'en tirent à si bon compte. L'existence du poison thyroïdien est pour eux un article de foi — ou une hypothèse nécessaire, ce qui revient au même. Voyons donc si cette hypothèse nécessaire s'accorde avec l'étiologie spéciale de la maladie de Basedow.

On a fait figurer parmi les *causes immédiates ou déterminantes* du goître exophtalmique, les circonstances ou les accidents les plus divers. Tout a été signalé : les excès vénériens par Daubresse, les excès de travail physique ou intellectuel par Rey et Duncan Bulkleï, les excès de danse par Wynne Foot,

les traumatismes par Ballet, Renaut, etc.; et, chose remarquable, la maladie s'est déclarée, dans la plupart des cas, *instantanément,* atteignant son maximum d'intensité du jour au lendemain. Les infections pneumonique, typhique, rhumatismale, syphilitique, paraissent également avoir un rôle de premier ordre dans les observations de Rendu, de Praël, de Pilet Fouët, de Chwostek, etc. Ici, l'apparition du syndrome est moins rapide, moins subite qu'à la suite du traumatisme ou des grandes dépenses d'énergie; elle l'est encore assez cependant pour que la relation de cause à effet soit évidente et indiscutable.

Maintenant examinons comment pourraient agir les mêmes incidents étiologiques suivant la théorie nerveuse.

Pour ce qui est des excès, du surmenage, du traumatisme, l'hypothèse de l'épuisement — variété d'inhibition — se réduit encore et toujours à la susceptibilité bulbaire individuelle, qui relève de l'hérédité : le bulbe ou tel groupe de noyaux bulbaires a une délicatesse, une fragilité natives qui peuvent se manifester à propos des circonstances les plus variées. Force est d'admettre cette sorte d'idiosyncrasie organopathique dans toutes les névroses. La brusquerie de l'effet morbide produit ne se justifie guère que par une modification en quelque sorte *dynamique* des centres. On a peine à concevoir autrement le goître exophtalmique à développement soudain : son début est quelquefois un véritable coup de foudre.

La théorie thyroïdienne ne s'applique pas si heureusement à de tels faits. Comment le surmenage physique, un traumatisme et même un ébranlement purement moral, la colère, par exemple, peuvent-ils agir sur le corps thyroïde en donnant lieu à une maladie immédiatement et définitivement constituée de toutes pièces? Cette théorie thyroïdienne ne vaut que par l'idée qu'on se fait de l'*hyperthyroïdation*, c'est à dire d'un vice par excès de la sécrétion thyroïdienne. Une lésion anatomique contemporaine du traumatisme physique ou psychique n'est pas soutenable; et comme un trouble sécrétoire sans lésion ne peut être subordonné qu'à une irritation des nerfs excito-sécrétoires, nous voilà encore ramenés par une voie détournée à la théorie nerveuse.

Si la théorie thyroïdienne semble, au premier abord, incom-

patible avec les cas de goître exophtalmique aigu d'origine traumatique, elle s'adapte beaucoup mieux à tous ceux qui relèvent de l'infection. Charcot a démontré qu'il n'était guère de maladies fébriles (celles qu'on appelait autrefois *pyrexies*) où le corps thyroïde ne fût le siège de quelque réaction anatomopathologique matériellement appréciable. Les partisans de la théorie thyroïdienne, pour qui la constatation d'une lésion *quelconque* de la glande thyroïde est une raison déterminante, ont bien le droit de se targuer d'une pareille autorité. Mais il est fâcheux pour leur thèse que les modifications organiques du corps thyroïde, engendrées par l'infection, soient absolument banales; que, dans tel cas, elles soient indifférentes; tandis que, dans tel autre, elles sont réputées efficientes du syndrome basedowien; en d'autres termes, qu'il nous soit impossible d'apercevoir la moindre différence entre celles qui sont capables de goître exophtalmique et celles qui ne le sont pas. Si bien que l'histologiste le plus avisé, questionné sur la nature de la lésion qu'il a sous les yeux et sur les symptômes probables qu'elle a pu faire naître, ne saurait s'appuyer, pour prendre ses conclusions, sur d'autres considérants que ceux de l'observation clinique. Les adeptes de la théorie nerveuse, de leur côté, sont fondés à invoquer l'infection limitée d'un centre bulbaire ou d'un groupe de centres; à défaut de preuve directe, ils ont le droit d'arguer de tous les cas et de toutes les variétés de névrose dont l'infection a été l'agent provocateur. Quant aux intoxications proprement dites, on connaît assez aujourd'hui leur importance comme causes déterminantes des névroses, pour négliger l'influence directe d'un poison distillé par la glande thyroïde. Au total, quel que soit le parti auquel on se range, la démonstration étiologique de la théorie thyroïdienne reste insuffisante en ce qui concerne les traumatismes, les infections ou les intoxications.

De tout cela il résulte que la théorie thyroïdienne en est venue à s'approprier l'hypothèse qui subordonne le syndrome basedowien à une localisation nerveuse centrale. La substance toxique agirait tantôt sur le bulbe seul, tantôt sur le bulbe et la protubérance, tantôt sur les noyaux corticaux ou profonds de l'hémisphère, tantôt enfin sur la presque totalité des centres nerveux, suivant le taux de l'hypersécrétion glandu-

laire et le degré de la réaction individuelle. « En somme, dit M. Joffroy, la seule différence entre la théorie de l'intoxication thyroïdienne et celle de la névrose, c'est qu'au lieu de mettre sur le compte d'une cause indéterminée, inconnue, les troubles nerveux qui existent en si grand nombre dans la maladie de Basedow, on les rapporte à une altération du sang et qu'on a affaire à une maladie qui prend place à côté de certaines albuminuries et de certaines glycosuries, en un mot à une maladie par altération du sang, consécutivement au mauvais fonctionnement d'un *organe altéré*. »

Avant d'examiner les arguments qui permettent d'affirmer ainsi que l'*organe est altéré,* il n'est pas sans intérêt de rappeler encore une fois que toutes les lésions du corps thyroïde ont été considérées dès le début comme tout à fait secondaires. On était convaincu qu'elles provenaient d'une simple fluxion congestive; on croyait que l'hypertrophie glandulaire était le fait de la distension vasculaire et, en réalité, il n'y a pas à nier que le corps thyroïde, après la mort, est toujours beaucoup moins volumineux que pendant la vie. Le passage suivant, emprunté au *Traité de pathologie interne* de Jaccoud, résume avec toute la concision et toute la netteté désirables l'état de l'opinion à cet égard, il y a vingt ans à peine : « Le gonflement de la thyroïde est dû dans tous les cas à l'ectasie et au développement exagéré des vaisseaux artériels; plus rarement les veines participent à cet état. *Dans quelques cas, l'irritation produite par la fluxion permanente de la glande amène l'hyperplasie du tissu; mais c'est là un fait secondaire. Quant aux formations kystiques et colloïdes qui ont été quelquefois observées, ce sont de simples coïncidences* (1). »

Deux motifs semblaient donner plus de consistance à cette manière de voir : d'abord on n'admettait aucun rapport de cause à effet entre le goître simple et le goître exophtalmique; puis, on pensait pouvoir nier que la maladie de Basedow fût plus fréquente dans les pays où le goître simple est endémique. Aujourd'hui un revirement s'est accompli et ces deux arguments, au dire de M. Joffroy, ne valent plus.

Les relations du goître endémique et du goître exophtal-

(1) JACCOUD. — *Traité de pathologie interne,* t. I, 3e édit., p. 697.

mique seraient des plus directes. Les deux affections ont la même prédilection pour le sexe féminin et dans les mêmes proportions, d'après les statistiques de Laycock et de Mitchell. Le goître simple, après avoir passé, durant un certain nombre d'années, pour un mal exclusivement local, peut se compliquer inopinément de tous les symptômes du goître exophtalmique : en d'autres termes, le *goître simple peut se transformer en maladie de Basedow*. Enfin, contrairement à ce qu'on supposait d'abord, il n'y aurait pas de différence absolue entre les deux maladies au point de vue géographique; bien plus, les pays où règne le goître endémique apporteraient à la maladie de Basedow un contingent notablement supérieur à celui des autres pays.

Si tous ces faits sont authentiques, la question change de face, et M. Joffroy n'a pas manqué de les mettre en relief. Faut-il, cependant, leur attribuer une très grande importance? Si le goître simple peut se transformer en maladie de Basedow, n'est-on pas autorisé à soutenir que, jusqu'au jour où le goître exophtalmique s'est déclaré, le diagnostic était en défaut? N'avons-nous tous pas vu des maladies de Basedow frustes, à évolution très lente et entrecoupée de rémissions? Ne savons-nous pas que la maladie de Basedow peut n'être qu'ébauchée, consister exclusivement en une tuméfaction légère du corps thyroïde avec une tachycardie que le malade ignore? Les cas de ce genre sont si nombreux que chacun de nous en peut observer chaque année plusieurs exemples à l'hôpital.

En général, voici comment les choses se passent : une malade se présente à nous avec un goître le plus ordinairement peu développé ; elle se plaint de palpitations, de dyspnée, et ses mains ont le tremblement rapide et menu des basedowiens. L'exophtalmie fait défaut, mais cela ne nous arrête pas, l'hésitation n'est pas possible. Nous la déclarons atteinte de maladie de Basedow et nous lui demandons depuis quand son cou a grossi. Elle nous répond : « Oh! cela, ce n'est rien; je l'ai depuis très longtemps; je ne sais pas au juste quand cela a commencé. » Cette malade était donc une goitreuse bien longtemps avant d'avoir la maladie de Basedow, actuellement officielle. Devons-nous en inférer que son goître, primitivement simple, s'est *transformé* en maladie de Basedow? —

Nullement, et voici pourquoi : Cette malade, qui ignore les rapports immédiats de son goître plus ou moins ancien avec ses palpitations toutes récentes, ne se doute pas qu'elle a de la tachycardie. Elle peut avoir eu depuis très longtemps de la tachycardie sans avoir éprouvé de palpitations. Tachycardie et palpitations sont, dans la maladie de Basedow, deux choses absolument distinctes. Les palpitations ne sont pas de tous les instants; elles se produisent par crises de durée variable, avec des répits plus ou moins prolongés. Demandez à un sujet atteint de maladie de Basedow, pendant un de ces répits, si son cœur bat vite? Il n'en sait rien, et cependant la tachycardie est constante et permanente. La malade ne devine pas une tachycardie qui peut exister déjà de très ancienne date. Nous aurions tort de prétendre que la tachycardie est un phénomène nouveau, sous prétexte que les palpitations ne sont survenues que la veille. Déjà, sous ce rapport, on n'a aucune raison sérieuse, tout au moins aucune raison suffisamment motivée de supposer l'intégrité complète de la fonction cardiaque jusqu'au jour où la goîtreuse a ressenti pour la première fois des palpitations de cœur.

Il y a mieux. Ce tremblement rapide et menu qui nous met sur la voie du vrai diagnostic, presque jamais la malade ne s'en est encore aperçue. Dans les cas frustes, c'est nous, le plus souvent, qui le lui faisons remarquer. Elle en est toute surprise et, par conséquent, ne peut nous donner aucun renseignement sur l'ancienneté de ce petit symptôme, un des plus fidèles. Ainsi, la maladie, complètement méconnue pendant un laps de temps qui se chiffrerait peut-être par années, méritait déjà sans doute le nom de *goître exophtalmique,* alors que l'hypertrophie thyroïdienne en était le seul signe visible.

C'est encore en serrant de plus près l'interrogatoire que nous découvrons d'autres symptômes, également fort anciens, auxquels la malade n'avait attaché aucune importance : la diarrhée, la boulimie, l'irascibilité, etc. En résumé, deux faits, plus saillants que tous les autres, résument la situation : une hypertrophie thyroïdienne que la malade s'ingéniait presque toujours à dissimuler et des palpitations pour lesquelles elle vient demander conseil. Toutes les observations cliniques invoquées par M. Joffroy à l'appui de la théorie thyroïdienne sont cal-

quées sur ce modèle et, en général, c'est l'exophtalmie qui est le symptôme le moins accusé de la triade.

Dans le nombre assez considérable de faits de ce genre que M. Joffroy a rassemblés, il en est deux particulièrement typiques. Le premier est relatif à une femme chez laquelle un goître se développa dès l'âge de cinq ans. La maladie de Basedow ne se déclara que quarante ans plus tard, mais alors elle se présenta sous une forme tellement caractérisée qu'il était impossible de s'y méprendre; seule, l'exophtalmie était peu prononcée. En présence d'un pareil cas, contester la transformation tardive du goître simple en goître exophtalmique, c'est supposer que le goître exophtalmique existait depuis l'âge de cinq ans et qu'il était resté fruste ou larvé pendant quarante années consécutives : il n'y a pas à sortir de là. Quelque étrange que puisse paraître une telle conclusion, rien ne l'infirme de prime abord. L'existence du goître exophtalmique dès la première enfance est indiscutable et les observations qui la démontrent se font chaque jour de plus en plus nombreuses. Or, si la maladie de Basedow appartient à l'enfant comme à l'adulte, elle peut être fruste chez l'enfant comme chez l'adulte. D'autre part, la durée de la maladie de Basedow est quelquefois illimitée. Elle peut remplir toute une existence, non seulement à l'état fruste, mais encore à l'état larvé. Il n'estaucun de nous qui ne connaisse des basedowiens parfaitement bien portants, c'est à dire des gens qui ont de la tachycardie sans palpitations, un cou volumineux, du tremblement, un caractère irritable et même une exophtalmie des plus accusées, et qui cependant n'éprouvent aucune sensation morbide, ne se doutent pas qu'ils sont malades et qui seraient fort étonnés si un médecin venait leur déclarer qu'ils ont une maladie bien définie et menaçant de les conduire à la cachexie. L'observation de M. Joffroy, à laquelle nous venons de faire allusion, ne rentre donc pas, d'une façon si évidente dans la catégorie des goîtres simples transformés en goîtres exophtalmiques. La nature *simple* du goître reste à démontrer.

La deuxième observation concerne une femme de trente ans, mariée à dix-neuf ans, qui jusqu'à sa première grossesse, survenue à vingt ans, n'avait présenté aucun symptôme pou-

vant faire penser à un goître ou à une maladie de Basedow. Après ses couches, elle s'aperçoit que son cou grossit et présente une légère déformation. « Dix-huit mois plus tard, second accouchement. Alors, le corps thyroïde prend assez de développement pour obliger la malade à cacher son cou. Elle remarque en outre qu'elle est plus facilement essoufflée et ressent des palpitations. Enfin, à vingt-quatre ans, troisième accouchement. Cette fois, le cou grossit considérablement et la maladie de Basedow est définitivement constituée. »

Cette histoire prouve-t-elle que le goître, apparu après le premier accouchement, est devenu, de goître simple, goître exophtalmique? — A cet égard, chacun est libre de se faire une opinion et de la garder. Mais nous savons de reste que la maladie de Basedow procède souvent ainsi par poussées successives et que la simple hypertrophie thyroïdienne en est très fréquemment la manifestation première. Nous savons de même que si la maladie de Basedow est sujette à des exacerbations progressives, elle est également coutumière de rémissions plus ou moins longues équivalant heureusement à des guérisons. Certaines femmes ont des reprises de maladie de Basedow comme d'autres ont des reprises d'hystéricisme. C'est leur manière à elles de se montrer femmes nerveuses. Quelquefois, leurs périodes de goître exophtalmique coïncident avec des périodes d'hystérie franche... Les cas de cette sorte ne nous entraînent-ils pas bien loin de la théorie thyroïdienne? Que devient l'intoxication? Pourquoi la toxine n'empoisonne-t-elle plus pendant les temps d'arrêt? Comment la lésion acquise et irrémédiable peut-elle faire trêve à ses sévices?

On a de tout temps signalé la fâcheuse influence exercée par la grossesse sur les goîtres en général. Cette influence s'affirme avec plus d'intensité peut-être chez les femmes atteintes de goître exophtalmique que chez celles qui n'ont que le goître simple. M. Joffroy insiste sur cette identité de relation : « Mêmes craintes pour l'évolution d'une grossesse par le fait de la maladie de Basedow, même aggravation de la maladie de Basedow par la grossesse, même sédation des accidents lorsque la grossesse se termine. Il importe d'ailleurs de faire ici une remarque : c'est que vraisemblablement plusieurs cas, donnés comme des goîtres simples et modifiés par la grossesse, sont

sans doute relatifs à des maladies de Basedow plus ou moins frustes ou au début. Et le fait que la grossesse peut, par son influence aggravante, opérer la transformation du goître simple en goître exophtalmique est encore un argument nouveau en faveur de l'origine thyroïdienne de la maladie de Basedow. »

M. Joffroy concède que *plusieurs cas, donnés comme des goîtres simples et modifiés par la grossesse, sont sans doute relatifs à des maladies de Basedow plus ou moins frustes ou au début.* Il faut prendre acte de cette déclaration bien peu d'accord avec la théorie thyroïdienne. Mais alors, pourquoi conclure que la grossesse peut transformer un goître simple en goître exophtalmique? Le goître était déjà basedowien; la névrose existait en puissance; elle n'attendait que l'occasion de se déclarer : la grossesse la lui fournit. Ces faits ne sont-ils pas la répétition exacte de tant d'autres où nous voyons la grossesse réveiller brutalement une névrose qui sommeille? La tétanie gravidique, la chorée gravidique, l'épilepsie gravidique, la folie gravidique ne sont-elles pas du même ressort?

Nous ne dirons que quelques mots des relations familiales du goître simple avec le goître exophtalmique. Celles-là d'ailleurs nous paraissent se confondre absolument avec les relations géographiques des deux maladies.

Le goître exophtalmique serait, prétend-on, plus commun dans les familles où le goître simple est héréditaire que dans les familles non goîtreuses. Ceci n'est qu'une présomption, car les statistiques sont plus qu'insuffisantes. A envisager la question sous un autre point de vue, nous dirons que la maladie de Basedow venant toujours, comme Charcot l'a établi, trahir un état névropathique antérieur, il n'est pas surprenant de constater son apparition surtout dans les familles de goîtreux qui sont au premier chef et en quelque sorte par définition des familles dégénérées. Et puis, ce n'est pas seulement le goître exophtalmique qu'on voit se produire dans ces familles en tant que syndrome caractéristique de la dégénérescence : c'est encore l'imbécillité, l'idiotie, le crétinisme, l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation mentale!

Quant à la coexistence prétendue fréquente du goître simple et du goître exophtalmique dans certains pays, il faudrait encore s'entendre. M. Joffroy lui-même se borne à dire qu' « on

rencontre très souvent des maladies de Basedow qui viennent de pays à goîtres ». Sans doute, mais où donc l'immense majorité, sinon la totalité des goîtreux basedowiens appartenant à des dynasties de goîtreux ont-ils leur berceau de famille? — Dans le Valais, dans la Savoie, en Alsace, en Auvergne, dans les vallées pyrénéennes. Après tout, la maladie de Basedow n'est pas si rare; aucune incompatibilité ne lui défend de naître et de se développer chez des Valaisans ou des Alsaciens, et l'on nommerait facilement tels et tels villages de l'Alsace et du Valais où les non goîtreux sont *en minorité*. Au fond de la vallée de Münster, il est un bourg que nous pourrions citer, où nous n'avons pas vu *une seule femme* qui ne fût atteinte à un degré quelconque d'hypertrophie thyroïdienne. Dans une agglomération de quelques centaines d'habitants, un cas de goître exophtalmique ne peut guère passer pour un fait bien remarquable; si l'on y prête aujourd'hui un peu plus d'attention qu'autrefois, c'est précisément parce qu'on niait jadis toute corrélation entre le goître simple et le goître exophtalmique. Mais de là à prétendre que le second dépend du premier, il y a bien loin. Donc, jusqu'à plus ample informé, rien ne démontre qu'il s'agisse d'autre chose que d'une simple coïncidence. Et si par exception, le goître simple peut donner lieu au syndrome basedowien, c'est en vertu d'un mécanisme tout spécial sur lequel nous reviendrons brièvement.

Actuellement, il nous faut étudier de plus près les lésions thyroïdiennes d'où l'on prétend faire dériver tous les symptômes du goître exophtalmique.

IV. — Anatomie pathologique de la glande thyroïde dans la maladie de Basedow.

Si l'on recherche attentivement les motifs d'ordre purement anatomique qui ont donné quelque crédit à la théorie thyroïdienne de la maladie de Basedow, on ne tarde pas à se rendre compte que ces motifs n'ont été invoqués qu'après coup et faute de mieux. Personne n'aurait songé à mettre en cause une altération primitive du corps thyroïde, si l'on s'était borné à étudier les modifications de structure que cette glande peut

subir dans le goître exophtalmique, et à les différencier des autres variétés de goîtres. Cela est de toute évidence, puisque les lésions dont il s'agit n'ont aucun caractère spécifique. Donc, si quelques auteurs viennent réclamer aujourd'hui en faveur du goître lui-même le plus grand rôle dans la pathogénie de la maladie de Basedow, c'est seulement après avoir fait appel à des arguments d'ordre physiologique et d'ordre clinique où le microscope n'a rien à voir.

Une erreur a été le point de départ de ce retour d'opinion. Déjà, au cours du chapitre précédent, nous avons cité un passage emprunté à l'ouvrage classique du professeur Jaccoud, montrant le scepticisme absolu des maîtres de l'École en général, touchant les lésions thyroïdiennes du goître exophtalmique. Comme il s'agissait à leurs yeux d'une maladie fonctionnelle de l'appareil circulatoire, caractérisée avant tout par une suractivité cardiaque, par des battements artériels, par des poussées congestives de la face, par des pulsations cervicales avec paralysie vaso-motrice, il leur semblait que la richesse vasculaire du corps thyroïde — richesse propice aux fluxions actives de cette glande — suffisait à produire le gonflement goîtreux. Ils ne pensaient pas que les lésions du parenchyme lui-même, aussi variables que les cas, fussent primordiales; ils les croyaient purement fortuites et subordonnées à l'intensité et à la persistance de la congestion. Ce qui pouvait corroborer cette manière de voir, c'était aussi le fait que la glande présente, à l'autopsie, un volume toujours inférieur à celui qu'elle avait pendant la vie; c'était enfin et surtout l'absence maintes fois constatée de toute dégénérescence appréciable du tissu thyroïdien.

Un nombre respectable d'examens microscopiques pratiqués depuis lors avec le plus grand soin tendent à prouver que, si la congestion vasculaire prend une grande part à l'hypertrophie thyroïdienne durant la vie, les modifications histologiques de la substance glandulaire n'en sont pas moins constantes. Est-ce vraiment de cette constatation que date le revirement tout à fait récent de la doctrine? — Assurément non.

Entre temps, la physiologie du corps thyroïde était sortie des limbes. On s'apprêtait, dès sa naissance, à l'utiliser pour

l'interprétation plus ou moins heureuse de quelques faits cliniques. En réalité, c'est la découverte de la cachexie strumiprive, consécutive à l'extirpation chirurgicale ou expérimentale du corps thyroïde, qui marque le moment précis de l'orientation nouvelle.

La cachexie strumiprive et le myxœdème sont des états morbides dont la seule et unique cause est l'annihilation fonctionnelle du corps thyroïde : l'*hypothyroïdation* est la condition *sine quâ non* de cette grande dystrophie totale, et elle se révèle par des symptômes généralement inverses de ceux de la maladie de Basedow. Au myxœdème appartiennent l'insuffisance des phénomènes nutritifs, la paresse cardiaque, la lenteur du pouls, le refroidissement central et périphérique, la sécheresse de la peau, la torpeur intellectuelle, la perte de l'appétit, la constipation opiniâtre. A la maladie de Basedow appartiennent autant de symptômes, justement contraires : la suractivité nutritive, l'éréthisme cardiaque, la fréquence du pouls, l'élévation de la température — qui se traduit quelquefois par un état fébrile permanent (Bertoye), — les hypercrinies cutanées, l'excitation intellectuelle, la boulimie, la diarrhée, etc. Or, comme les troubles multiples qui ont permis de fixer la nosographie du myxœdème résultent de la disparition totale ou partielle de la sécrétion thyroïdienne, on peut dire qu'ils caractérisent l'*hypothyroïdation*. Ne va-t-il pas de soi que les symptômes contraires résultent d'une exagération de la sécrétion thyroïdienne et qu'ils caractérisent l'*hyperthyroïdation?*

La glande thyroïde fournit donc en excès, dans la maladie de Basedow, ce produit spécifique que nous ignorons encore. D'ailleurs, n'est-elle pas hypertrophiée, et son hypertrophie ne tient-elle pas simplement à une multiplication des surfaces épithéliales sécrétantes? Tout ce raisonnement se tient à merveille. Il n'est pas jusqu'à la dilatation vasculaire qui ne trouve son explication dans l'hyperplasie présumée de l'épithélium. Claude Bernard, Ludwig, Vulpian et tous ceux qui les ont suivis ne nous ont-ils pas appris que, dans toute glande, la suractivité sécrétoire entraîne forcément la suractivité circulatoire. Il faut une sanction à l'éternelle loi de l'offre et de la demande.

Ces prémisses étaient déjà bien établies, lorsque Möbius,

Renaut, Bertoye, Joffroy risquèrent l'hypothèse de l'hypercrinie thyroïdienne. On peut dire que la conclusion anatomo-pathologique était toute prête et convenue d'avance. Il ne restait qu'à trouver l'hyperplasie épithéliale qui, seule, pouvait donner la clef de l'hyperthyroïdation.

Les faits anatomo-pathologiques, dont la démonstration entraînait de si grosses conséquences, sont encore, il faut le reconnaître, bien loin de confirmer l'infaillibilité de la logique. Les lésions de la glande thyroïde sont constantes, le fait n'est pas discutable. Mais, comme elles diffèrent de la prolifération parenchymateuse espérée ou prévue!

Ces lésions, dans le détail desquelles il n'y a point à s'étendre ici, varient selon les cas en toutes proportions. D'abord, on devra accorder une attention spéciale à l'hypertrophie elle-même. Nous avons dit qu'elle n'était pas forcément proportionnelle à l'intensité des symptômes. Déjà ceci laisserait à supposer que, si l'excès de la sécrétion est la cause des symptômes d'hyperthyroïdation, la multiplication des éléments sécréteurs n'est pas la seule cause de l'excès de sécrétion; une suractivité fonctionnelle, temporaire ou permanente, n'est pas la résultante exclusive de la multiplication des éléments sécréteurs. On devra également tenir grand compte des cas très nombreux où l'hypertrophie glandulaire est unilatérale. Ce n'est donc pas, selon toute vraisemblance, à une maladie systématique, généralisée, primitive de l'épithélium ou du stroma thyroïdiens qu'est dû le goître : l'épithélium et le stroma ne peuvent réagir que de la même façon à une influence pathogénique générale. Dès l'instant qu'une seule moitié de la glande s'hypertrophie, il faut bien admettre que l'influence pathogénique à déterminer ne s'exerçant pas sur la totalité des éléments anatomiques de même espèce a, elle-même, une localisation unilatérale. Pour le dire en passant, l'appareil vasculaire est trop luxueusement anastomosé dans le tissu thyroïdien pour qu'on le mette en cause; seul, l'appareil nerveux est assez *dimidié*, depuis les centres jusqu'à la périphérie, pour que les troubles dont il est le siège se répercutent sur une *moitié d'organe*.

Unilatérale ou bilatérale, l'augmentation de volume du corps thyroïde relève de deux variétés de lésions très dis-

tinctes : 1° des formations kystiques; 2° une sorte de cirrhose hypertrophique, consistant en une pullulation des follicules ou grains thyroïdiens, au sein d'un tissu plus ou moins dense de sclérose interstitielle.

A. Les *formations kystiques* sont purement accidentelles et peuvent faire totalement défaut. *B.* Au contraire, la cirrhose hypertrophique est constante. Cette appellation de *cirrhose hypertrophique,* que nous empruntons à Létienne, nous semble répondre parfaitement à la nature du processus histologique. Si les kystes sont volumineux, si les follicules sont quelquefois hérissés de végétations endogènes et de papillomes dendritiques, si les anastomoses des grains les uns avec les autres modifient l'aspect des coupes au point de rendre le tissu thyroïdien méconnaissable, tout ce qui subsiste dans les interstices de ces lésions éventuelles représente l'ancien parenchyme glandulaire envahi par une véritable cirrhose épithéliale.

Il nous paraît qu'on a, jusqu'à l'heure actuelle, un peu trop négligé d'établir la démarcation et de faire la part respective des altérations variables et des altérations invariables. La cirrhose épithéliale, synonyme de cirrhose hypertrophique, mériterait donc, à notre avis et jusqu'à plus ample informé, d'être considérée comme l'altération la plus importante, en ce sens qu'elle est de beaucoup la plus fixe, la plus uniforme et la plus généralisée. Il ne faut pas s'attacher au fait que le tissu thyroïdien est divisé en lobules plus ou moins nombreux ou plus ou moins volumineux; peu importent également les dimensions de certaines vésicules, les modifications grossières de leur épithélium et la nature de leur contenu. Ce qui s'observe toujours dans le goître exophtalmique — autant qu'on en peut juger d'après l'étude comparative des cas disparates publiés jusqu'à ce jour — c'est l'infiltration du tissu conjonctif intra-lobulaire par une végétation de grains ou de vésicules de très petit calibre. Il n'est pas rare, il est même presque de règle, que ces grains fusionnent les uns avec les autres, formant à l'intérieur du lobule un lacis de bourgeons épithéliaux, sans lumière centrale. Grainger Stewart et Gibson ont récemment signalé cette particularité (1). Quelques grains

(1) *Brit. med. Journ.*, 23 septembre 1893.

cependant ont une lumière en partie oblitérée par une petite masse de substance colloïde; ceux-ci représentent, par conséquent, comme un stade de développement intermédiaire entre les vésicules embryonnaires éparses dans le tissu conjonctif intra-lobulaire et les grandes vésicules adultes de calibre normal ou de calibre gigantesque.

Les vésicules embryonnaires ont encore ceci de particulier que leur forme est beaucoup moins régulièrement circulaire que celle des grosses vésicules; on en voit même qui épousent exactement la forme triangulaire des espaces conjonctifs intra-lobulaires. Leur disposition en bourgeons pleins explique cette anomalie apparente; et, comme l'embryogénie démontre que les vésicules sont des dilatations ampullaires de tubes préexistants, ce sont évidemment ces tubes glandulaires primitifs qui se présentent sous cette forme. D'ailleurs les caractères de l'épithélium ne permettent pas de douter de sa nature; la substance colloïde, qui se reconnaît aisément à l'intérieur des cellules, rend la chose certaine. Enfin, il n'est pas rare de voir autour de ces bourgeons épithéliaux une prolifération plus ou moins abondante des cellules fixes du tissu conjonctif interstitiel comme dans la plupart des processus de cirrhose épithéliale. W.-S. Greenfield avait observé avant nous cette grande néoformation d'espaces tubulaires à épithélium cubique[1], qui rappelle la néoformation « pseudo-canaliculaire » de la cirrhose hypertrophique.

L'idée qu'on peut se faire d'une cirrhose hypertrophique thyroïdienne, d'après ce qui précède, cadre avec celle que suggèrent tous les cas de cirrhose hypertrophique biliaire décrits par Hanot. En dehors des accointances morphologiques générales qui autorisent une pareille assimilation, nous nous permettrons de faire encore un rapprochement entre les troubles sécrétoires qui succèdent à l'une et à l'autre de ces cirrhoses. Dans la cirrhose d'Hanot, la formation canaliculaire des espaces portes est évidemment le siège de l'hypersécrétion biliaire; et cependant l'épithélium de ce nouveau réseau canaliculaire diffère *à tous égards* de l'épithélium hépatique proprement dit. De même, les formations vésiculaires, à cavités

[1] *Brit. med. Journ.*, 9 décembre 1893.

de petit calibre, qu'on voit disséminées dans le tissu conjonctif intra-lobulaire des goîtres exophtalmiques, est susceptible de sécréter un suc thyroïdien dont la quantité totale peut être considérable sans que leur épithélium réalise les caractères de l'état adulte, spécial aux vésicules de dimensions ordinaires. Ainsi s'expliquerait, *à la rigueur,* l'hyperthyroïdation.

Vandervelde et Lebœuf prétendent que les lésions goîtreuses de la maladie de Basedow sont incompatibles avec l'hyperthyroïdation, sous prétexte que l'épithélium, complètement transformé, ne peut plus sécréter un suc normal (1). Ces auteurs soutiennent que pour fournir un excès de liquide thyroïdien *normal*, la tumeur goîtreuse devrait présenter toujours un parenchyme hyperplasié et de structure *normale.* L'hypersécrétion biliaire, dans la cirrhose d'Hanot, donne un démenti à cette assertion.

Il va sans dire que nous cherchons simplement à mettre ici en relief ce qui nous semble constituer le fonds commun des altérations thyroïdiennes de la maladie de Basedow. Quitte à être contredit dans l'avenir par de nouveaux faits, nous pensons quant à présent qu'il est plus utile de faire voir les analogies que les différences des cas; et, si la variété anatomopathologique que nous venons de signaler ne paraît pas évidente du premier coup, du moins sommes-nous convaincu qu'on en pourra toujours constater l'existence, pour peu qu'on se donne la peine de la rechercher.

Jusqu'à l'heure actuelle, on n'a guère remarqué que la multiplicité des variétés anatomo-pathologiques du goître basedowien. C'est, en particulier, ce qui ressort le plus clairement de la lecture des observations publiées par MM. Joffroy et Achard : celles-ci sont déjà très discordantes entre elles; elles ne le sont pas moins avec celles de Reymond, de Greenfield, de Grainger Stewart et G.-A. Gibson, etc.; elles le sont même plus encore avec deux observations à nous personnelles.

A ce propos, nous permettra-t-on d'ajouter qu'il est absolument contraire à la logique des faits de conclure à la nature thyroïdienne de la maladie de Basedow, sous prétexte que le

(1) *Journal de Médecine de Bruxelles,* 3 mars 1894.

corps thyroïde présente d'autres lésions que celles de l'appareil vasculaire? Nous avons tenu à être complètement édifié sur ce point en étudiant de très près la structure de 25 corps thyroïdes prélevés au hasard sur des sujets adultes et n'ayant jamais manifesté la moindre velléité clinique de maladie de Basedow.

Parmi ces 25 cas, dont il est inutile de fournir ici la statistique complète et détaillée, la phtisie l'emporte par le nombre; mais nous y voyons figurer également 2 cas de mal de Bright, 1 cas de cancer de l'estomac, 3 hémorragies cérébrales, 1 méningite tuberculeuse, 2 myélites chroniques, toutes maladies de longue durée, ayant entraîné un état cachectique. Quelles qu'aient été ces maladies, les lésions thyroïdiennes s'y sont montrées remarquablement analogues, non seulement dans leurs rapports réciproques, mais encore dans leurs rapports avec les cas de maladie de Basedow décrits par MM. Joffroy et Achard; si bien que nous en sommes venu à conclure que le corps thyroïde, chez un sujet adulte ayant succombé à une maladie chronique, *n'est jamais sain*. Nous ne voulons pas dire par là que le type de structure que les traités didactiques d'anatomie nous représentent soit un type de convention; c'est, au contraire, un type qui se rapproche singulièrement d'un schéma puisqu'il est emprunté le plus souvent à un animal sacrifié en peine santé. Le corps thyroïde de l'enfant est très voisin du corps thyroïde du chien ou du lapin. Il n'a encore subi aucune des altérations qui se produisent à la suite des maladies aiguës — ainsi que Charcot l'a signalé — ou des maladies chroniques, ainsi que nous l'avons observé nous-même. Il est probable que cette « glande à sécrétion interne », pour employer l'expression de Brown-Séquard, est *en partie* destinée à réagir contre les agents toxiques ou infectieux, et que dans une telle lutte, où elle développe son maximum d'activité, ses éléments subissent une sorte d'usure : leur forme, leurs dimensions, leur structure intime, presque tout en eux se modifie, jusqu'à la charpente qui les soutient, jusqu'à l'appareil vasculaire qui les irrigue et les alimente.

En dehors même de la nature de la maladie qui peut faire varier ces altérations dans une certaine mesure, il faut compter

aussi avec l'âge des sujets. D'une manière générale, le corps thyroïde du vieillard diffère plus du schéma des descriptions classiques que celui de l'homme jeune ou « entre deux âges ».

Cela ne signifie pas qu'il existe un genre spécial de lésion thyroïdienne caractérisant ce que certains seraient tentés d'appeler le *corps thyroïde sénile.* Il n'y a pas plus de corps thyroïde sénile qu'il n'y a de foie sénile ou de rein sénile d'une façon absolue. Si nous trouvons le corps thyroïde plus altéré chez les vieillards que chez les sujets jeunes, c'est que toutes les glandes à sécrétion interne, quelles qu'elles soient, ont eu presque toujours durant une longue vie l'occasion d'essuyer plusieurs assauts morbides. Or, les lésions dont il s'agit se retrouvent invariablement les mêmes — bien entendu à des degrés divers — dans les vingt-cinq cas que nous avons rassemblés.

En quelques mots, on peut en établir le bilan : ce sont des lésions du tissu glandulaire proprement dit et des lésions du tissu interstitiel.

1° Les *lésions du tissu glandulaire* consistent en une modification plus ou moins profonde des grains thyroïdiens. Ces grains acquièrent de place en place des proportions qui les transforment en de véritables kystes. Dans les kystes, l'épithélium est le plus ordinairement aplati, au point de devenir presque invisible; leur contenu n'est plus colloïde, mais simplement muqueux; quelques-uns renferment de petits cristaux. Il semble que la formation kystique corresponde au stade suprême de la dilatation vésiculaire, et une foule d'états intermédiaires rendent compte de ce processus. Non seulement les vésicules augmentent de calibre, mais elles augmentent aussi de nombre, et cela explique comment la glande peut s'hypertrophier sans devenir kystique. Une des modifications de structure les plus communes et, à notre avis, les plus importantes, consiste dans la disparition de la matière colloïde. Les figures classiques représentent les coupes du corps thyroïde comme une agglomération de loges fermées et remplies de cette substance. Or, nous avons observé plusieurs séries de coupes appartenant à des sujets différents, où les vésicules à contenu colloïde étaient presque exceptionnelles.

Le plus grand nombre des grains n'avaient qu'un tout petit calibre et paraissaient vides. Enfin, ce qui différencie surtout le corps thyroïde de l'adulte du corps thyroïde de l'enfant, c'est que, lorsqu'il présente le minimum des lésions que nous venons de passer rapidement en revue, les vésicules s'y montrent de calibres très différents ; celles du corps thyroïde infantile, au contraire, sont d'un calibre remarquablement uniforme. A cet égard, un fait ne saurait passer inaperçu : chez l'adulte, certains lobules sont composés à peu près exclusivement de grains très volumineux et certains autres de grains très petits; comme si la fonction sécrétoire ne s'effectuait pas de la même façon, dans le même instant dans toutes les parties de la glande.

Cette dernière constatation vise d'une manière spéciale la variabilité des lésions, de lobule à lobule, dans les glandes les plus malades : à côté de lobules complètement transformés, on en voit d'autres qui sont restés presque typiques. Nous ajouterons qu'il est rare de voir toutes ces altérations également distribuées dans la totalité de l'organe; nous dirons même que, si les lésions thyroïdiennes du goître exophtalmique nous semblent parfois beaucoup moins graves, quant à leur intensité, que celles de beaucoup de corps thyroïdes réputés sains, elles sont presque toujours généralisées et, par cela même, beaucoup plus uniformément réparties.

S'il n'existe pas de type invariable du corps thyroïde chez l'adulte, soit à partir d'un certain âge, soit à la suite d'une maladie chronique, on conçoit pourquoi le poids et le volume assignés à cette glande par les auteurs classiques diffèrent dans de telles proportions. Un si petit organe n'est pas de ceux dont le poids, par exemple, puisse varier normalement de 12 à 35 grammes! Ces deux chiffres extrêmes correspondent évidemment à des états morbides.

2° Les *lésions du tissu interstitiel* ne sont pas moins importantes que celles du tissu épithélial. C'est, sans doute, lorsqu'elles sont le plus prononcées que la glande subit la plus grande diminution de volume. Dans certains cas, en effet, elles l'emportent de beaucoup sur les altérations parenchymateuses.

L'altération consiste en une véritable sclérose atrophique

avec artérite des plus prononcées. Cette sclérose, associée ou non à la thyroïdite épithéliale que nous venons de signaler, est remarquable par l'inégalité de sa distribution. Les voies lymphatiques mériteraient une description spéciale : nous n'avons pas eu le loisir de les étudier comme nous l'aurions voulu. Mais on sait que c'est par les lymphatiques intra-lobulaires que le produit de la sécrétion thyroïdienne rentre dans l'organisme. Du moins, la chose paraît vraisemblable si l'on admet que ce produit est contenu dans la matière colloïde. La présence de cette substance colloïde dans les lymphatiques intra et extra-lobulaires est un fait indiscutable. Or, tandis que, chez le chien sacrifié en pleine santé, la matière colloïde apparaît sous l'influence des réactifs colorants dans un grand nombre de ces voies lymphatiques, on ne peut l'y voir, chez l'homme adulte, que de place en place et encore n'est-ce pas une règle générale, car elle peut faire complètement défaut.

Telles sont les altérations, nous n'osons pas dire *normales*, mais nous avons le droit de dire *constantes*, que nous avons observées sur vingt-cinq sujets non basedowiens; et la seule conclusion que nous ayons à tirer de cette description, peut-être trop longue, est qu'elles ne diffèrent par aucun point essentiel de celles qui ont été mentionnées ou énumérées dans toutes les autopsies de goître exophtalmique.

Qu'y a-t-il donc de spécifique dans l'anatomie du goître basedowien?

Ce qu'il y a de spécifique, c'est, à notre avis, la multiplication des surfaces sécrétantes. Les lésions que nous n'osons qualifier de normales peuvent être absolument identiques avec celles que l'on trouve dans certaines parties de la glande chez les sujets atteints de goître exophtalmique; mais ce sont, au premier chef, des altérations restrictives de la fonction sécrétante, et leur résultat n'est pas l'hyperthyroïdation.

Ce qui appartient au goître exophtalmique, c'est l'hypersécrétion dont le point de départ réside dans la prolifération d'un épithélium capable de fournir le produit spécifique thyroïdien. Nous ajouterons que ce produit lui-même n'est pas nécessairement sécrété en excessive abondance dans tous les cas de maladie de Basedow. Quelque paradoxale que paraisse au premier abord cette proposition, nous la trou-

vons suffisamment justifiée par les faits de goître exophtalmique dans lesquels les symptômes d'hyperthyroïdation font défaut.

Une telle manière de voir permet d'ailleurs de comprendre que des sujets atteints de goître simple pnissent présenter de temps à autre, et comme par intermittence, quelques troubles analogues à ceux du goître exophtalmique. C'est dans les périodes successives qui marquent les poussées d'accroissement du goître que se manifestent ces troubles. Aux faits dont nous voulons ici parler, on a réservé le nom discutable de « faux goîtres exophtalmiques » ou de « fausses maladies de Basedow ». Par cela, on peut juger que, si nous ne pensons pas que « la maladie de Basedow se rattache, dans tous les cas, soit à un fonctionnement vicieux, soit à des altérations plus ou moins profondes du corps thyroïde », nous n'entendons pas nier qu'il existe une catégorie de symptômes basedowiens directement tributaires de l'hyperthyroïdation. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

L'hypersécrétion thyroïdienne reconnaît pour cause une multiplication des surfaces épithéliales; mais elle peut, tout aussi bien résulter d'une suractivité de l'épithélium, sans multiplication des éléments sécréteurs, stimulée, non seulement par une influence neuro-sécrétoire, mais encore par une influence vaso-motrice.

Cette condition morbide un peu spéciale n'est pas précisément de celles qui se jugent aisément à l'autopsie. On la soupçonne plus qu'on ne la démontre; et cependant il est des observations déjà assez nombreuses de maladie de Basedow où l'hyperthyroïdation ne saurait être mise en doute, malgré l'absence d'hypertrophie de la glande. En tous cas, nous avons connaissance d'un fait dans lequel les altérations microscopiques différaient de celles qui viennent d'être énumérées et qui s'accordaient parfaitement, quant à leurs conséquences, avec toutes les observations anatomiques de multiplication vésiculaire. Il s'agit d'un goître exophtalmique classique dont l'altération thyroïdienne consistait en une dilatation considérable de toutes les vésicules. On n'y voyait pas de petites néoformations vésiculaires; il semblait que les grains normaux eussent, tous sans exception, subi une influence irritative

hypertrophiante. Chacun d'eux renfermait une grosse masse de substance colloïde. Partout l'épithélium avait conservé ses caractères normaux. Les travées du tissu interstitiel, loin d'être scléreuses et épaissies comme dans la forme pseudo-hypertrophique déjà décrite, semblaient plutôt amincies et raréfiées. Nous avions donc affaire à une sorte de thyroïdite chronique, exclusivement parenchymateuse. Les surfaces sécrétantes étaient devenues ainsi beaucoup plus étendues qu'elles ne le sont à l'état normal. Si différente que fût une semblable altération de celle qui constitue la thyroïdite hypertrophique, le résultat physiologique demeurait rigoureusement le même; et c'est, en effet, ce qui eut lieu puisque la malade, atteinte de ce goître, éprouva au suprême degré tous les symptômes de la cachexie basedowienne.

De nouvelles observations confirmeront-elles tout ce qu'on vient de lire? — Nous le supposons. Mais il est possible qu'on signale d'autres altérations; encore pensons-nous que celles-là seront, comme les précédentes, de nature à expliquer l'hyperthyroïdation de la cachexie terminale. Déjà il en est une sur laquelle M. Renaut a particulièrement insisté depuis plusieurs années : « Un fait qui relie toutes ces lésions si différentes, c'est l'insuffisance de la circulation lymphatique. » Deux autopsies de date très récente tendent à démontrer le bien fondé de cette opinion. M. Renaut, à qui nous avons demandé quelques explications à ce sujet, a bien voulu nous envoyer une note détaillée sur l'un de ces cas. Nous la reproduirons ici, vu son importance, intégralement :

« J'ai fait enlever sur le vivant un goître exophtalmique par M. Jaboulay. J'ai pu injecter immédiatement une série de lobes de cette glande avec le liquide osmio-picro-argentique; et j'ai obtenu les lymphatiques fixés, développés et imprégnés d'argent.

» Le résultat est des plus intéressants et des plus nets. Tandis que, dans les mêmes conditions, le corps thyroïde normal du chien, du mouton, etc., montre, autour de chaque grain glandulaire, un large lacs de capillaires lymphatiques qui l'embrassent à peu près à la façon des vaisseaux sanguins disposés autour d'une vésicule adipeuse, dans le goître exophtalmique *pas un capillaire lymphatique ne pénètre à l'intérieur du*

lobule. Tous demeurent interlobulaires. L'immense réseau *intralobulaire* a disparu totalement. En revanche, dans le goître exophtalmique, les lymphatiques interlobulaires sont énormément développés, comme en vue d'une action vicariante qu'ils auraient à exercer. Ils se développent sous forme de larges fentes remplies de matière colloïde.

» Dans ce cas donc, comme je l'avais déjà vu, bien que d'une façon moins évidente, *le lobule thyroïdien ne peut plus débiter sa sécrétion aux lymphatiques que par sa marge,* tandis que tous les lobules, dans l'état normal, sont pénétrés individuellement par les lymphatiques et que chacun de leurs grains, en particulier, a sa voie lymphatique de débit largement ouverte.

» De là, on passe facilement à l'explication de l'hyperthyroïdisation qu'actuellement on admet dans le goître exophtalmique : les toxines de la sécrétion, étant versées directement dans le sang, ne sont plus détruites par les cellules lymphatiques et surabondent.

» Ce phénomène de la disparition des lymphatiques intralobulaires est dû à une sclérose interacineuse. Chaque grain est doublé de plans de cellules connectives plates, rappelant les figures de Langhans des artères.... Des préparations de goître vulgaire permettent, jusqu'à un certain point, d'expliquer l'absence d'accidents dans la plupart des cas en cette occurrence. »

Nous nous bornerons, après cette citation si intéressante, à faire remarquer que la *sclérose interacineuse* dont parle le professeur Renaut est peut-être le degré le plus avancé de la cirrhose épithéliale à laquelle nous avons fait allusion et que Létienne a proposé d'appeler *cirrhose hypertrophique.* Puisque ainsi la question change de face, nous n'en préjugerons rien, nous refusant à tirer des conclusions d'un nombre de faits par trop insuffisant. Libre à chacun de décider si de semblables lésions doivent être considérées comme nécessairement primitives, ou s'il est permis de les attribuer à une suractivité fonctionnelle d'origine nerveuse.

V. — Les lésions thyroïdiennes et la théorie nerveuse de la maladie de Basedow.

Si l'on admet qu'une adultération spécifique et préalable du tissu thyroïdien, subordonnée à une intoxication ou à une affection accidentelle, est le *primum movens* du syndrome, on admettra également sans peine que tous les phénomènes morbides du goître exophtalmique puissent être eux-mêmes mis sur le compte d'un empoisonnement chronique. L'empoisonnement est progressif parce que la lésion est envahissante et, par conséquent, progressive elle-même. Or, le poison n'est autre chose que le suc thyroïdien normal. Il n'y a là rien d'étonnant puisque tout poison se définit par la quantité, le taux d'une substance déterminée, et non par la qualité de cette substance. L'excès de suc thyroïdien est toxique comme l'excès du sérum sanguin est toxique.

La théorie est vraiment séduisante. Mais nous venons de prouver qu'aucun fait n'en démontre encore la justesse, attendu qu'elle est basée sur l'existence d'une lésion histologique qui reste indéterminée. En supposant même que la lésion fût spécifique, comme sembleraient le présager les constatations de M. Renaut, il ne s'ensuivrait pas qu'elle fût primitive. Vu le nombre considérable de goîtres unilatéraux qu'on observe dans les maladies de Basedow, il est bien difficile, sinon impossible, de croire que la transformation histologique du tissu thyroïdien, provoquée par un agent toxique ou infectieux, se limite systématiquement à un demi-corps thyroïde.

La théorie nerveuse, ne pouvant méconnaître la constance des altérations thyroïdiennes, même dans les cas où la glande n'est pas hypertrophiée, voyons par quels arguments elle espère arriver à concilier toutes choses.

Sauf en ce qui concerne le goître, la maladie ne se traduit que par des symptômes nerveux dont l'ensemble, avons-nous dit, constitue un syndrome de localisation vraisemblablement bulbo-protubérantielle. Tantôt ce syndrome est simple et autonome : il représente à lui tout seul la maladie; tantôt il survient à la suite d'états nerveux dynamiques ou organiques : en

telle occurrence on peut le considérer comme une complication ; tantôt enfin, il est le premier en date d'une série interminable d'accidents névropathiques qui paraissent relever plus ou moins directement de lui.

Ces deux dernières éventualités ne sont pas légitimement comparables. Quoique l'une et l'autre appartiennent à une catégorie d'observations dont le nombre est déjà considérable et qui nous font voir, sous des formes infiniment variées, les combinaisons possibles du syndrome de Basedow avec une foule d'autres maladies nerveuses, il est bien évident que nous plions malgré nous devant l'autocratie de l'aphorisme : *Post hoc ergo propter hoc.* Lorsque le syndrome est primitif, nous sommes tentés de l'attribuer à une localisation qui, par extension subséquente, donnera lieu à d'autres manifestations névropathiques. Et, au contraire, lorsqu'il se surajoute à un état névropathique préexistant, nous supposons tout aussi volontiers que ce dernier en est devenu, à un moment donné, la cause efficiente.

Parmi les maladies franchement nerveuses qui se combinent primitivement ou secondairement avec le goître exophtalmique, les plus importantes sont l'épilepsie, l'hystérie, la chlorose, le tabes, la syringomyélie, la sclérodermie, la chorée, la folie. Toutes, sans exception, peuvent se déclarer soit avant, soit après les premiers signes de la maladie de Basedow, soit encore en même temps qu'eux. Lorsque le goître apparaît le premier, la théorie thyroïdienne se déclare inattaquable. Lorsqu'il est contemporain de toutes ces affections, elle prétend triompher encore. L'intoxication thyroïdienne, en effet, ne peut-elle pas être épileptogène et hystérogène? Ne peut-elle pas modifier la constitution bio-chimique du globule sanguin et créer la chlorose? Ne peut-elle pas provoquer la dégénération du tabes, tout comme la toxine syphilitique ou « parasyphilitique » ? Ne peut-elle pas agir sur la substance grise péri-épendymaire et y entretenir un état d'irritation chronique d'où résultera la syringomyélie? Ne peut-elle pas être, de la même façon, l'origine de la sclérodermie, puisque cette trophonévrose paraît liée à une altération de la substance grise centrale? Ne peut-elle pas engendrer la chorée, puisque la chorée est une névrose de provenance infectieuse, mise en train par des

toxines variées, telles que la rhumatismale, la puerpérale, la scarlatineuse, etc.? Enfin, ne peut-elle pas, comme le plomb, l'alcool et toute la kyrielle des produits d'auto-intoxication, donner naissance à la folie? Nous voilà dans le domaine de l'avenir... et, trop peu sûr du terrain, nous ne nous y aventurerons pas.

Mais, lorsque le goître exophtalmique est secondaire, lorsqu'il se manifeste, non pas au début, mais dans la période d'état d'une névrose ou d'une névropathie organique déjà complète, aucune de ces explications si lumineuses ne vaut plus rien; il faut en chercher une autre. La première qui se présente à l'esprit et derrière laquelle les « thyroïdiens » n'ont pas manqué de se retrancher, c'est que la maladie de Basedow n'est alors qu'une pure coïncidence, un hasard, un événement pathologique fortuit. Il y a tant de ces coïncidences chez les nerveux de toute sorte, chez les prédisposés, chez les héréditaires, chez les dégénérés! Pour ce qui est du syndrome basedowien *primitif*, c'est autre chose. Celui-là est bon pour leur cause, et l'hypothèse d'une coïncidence ne saurait lui convenir.

Franchement ne découvre-t-on pas dans cette appréciation quelque chose d'injuste? Et les partisans de la doctrine adverse n'ont-ils pas le droit de réclamer?

Loin de nous la prétention de trancher le différend. Que l'épilepsie et l'hystérie puissent être des accidents d'hyperthyroïdation, personne ne le conteste. Mais l'apparition tardive d'un goître exopthalmique au cours d'un tabes ou d'une syringomyélie relève d'une pathogénie qui vaut la peine d'être discutée.

Depuis que M. Joffroy a eu le grand mérite de signaler cette « coïncidence », les observations se sont multipliées. M. Barié estime que le syndrome basedowien, lorsqu'il survient chez un tabétique, indique l'envahissement de la région bulbo-protubérantielle par les désordres vasculaires de la myélopathie. « Le complexus pathologique figuré par le goître exophtalmique devrait, suivant M. Barié, prendre place à côté de ces autres symptômes bulbaires qu'on a déjà signalés comme dépendant du tabes : la névralgie du trijumeau (Pierret), le vertige de Ménière, les troubles du goût (Hanot, Joffroy)... On pourrait

même admettre que le goître exophtalmique est parfois un signe du début ou de la période préataxique du tabes[1]. » Lorsque la maladie de Basedow prélude au tabes, nous avons concédé qu'elle pouvait passer pour la cause et non pour l'effet anticipé de la sclérose systématique postérieure. Laissons donc de côté tous les cas de ce genre et considérons seulement ceux dans lesquels le goître est secondaire.

A l'époque où les premiers faits de tabes et de goître exophtalmiques furent publiés, l'attention ne s'étant pas encore portée sur les rapports réciproques de ces deux maladies, on se garda, comme d'une tentation dangereuse, d'établir entre elles la moindre relation de cause à effet. La prédisposition névropathique planant sur l'ensemble suffisait à expliquer leur association, Charcot se déclarait dans ce sens, mais non sans réserves. M. Ballet lui-même, le protagoniste de la théorie bulbaire, ne croyait pas à la dépendance des deux affections. Quant à M. Joffroy, voici comment il pensait pouvoir trancher la difficulté : « Lorsque, dans le tabes, le tableau de la maladie de Basedow est complet, il s'agit certainement d'une association des deux entités morbides. Mais si, au cours de l'ataxie, on ne constate que quelques stigmates basedowiens, tels que la tachycardie et la protrusion des yeux, ces symptômes pourront être attribués à une localisation bulbaire du tabes[2]. » On voit que M. Joffroy n'est pas toujours un partisan si intransigeant de la théorie thyroïdienne : il se montre, dans la circonstance, plus « bulbo-protubérantiel » que M. Ballet lui-même. Mais pourquoi cette démarcation entre les cas où le tableau de la maladie de Basedow est complet et ceux où il n'existe que quelques stigmates basedowiens? Beaucoup de ceux qui ne demandent qu'à le suivre seraient sans doute fort embarrassés en présence de certain malade dont voici la courte et simple histoire :

Un homme d'une cinquantaine d'années, névropathe de vieille date, présente tous les symptômes de la paralysie générale, sans exception, quoique sous une forme atténuée. Le délire, en particulier, est tout à fait caractéristique. Ce n'est qu'une crise cependant, l'ensemble pathognomonique s'efface

[1] Paul Blocq. — *Études sur les maladies nerveuses*, p. 178. Paris, Masson, 1894.
[2] Paul Blocq. — *Ibid.*, p. 178.

et il semble qu'une rémission va se produire. Il n'en est rien. Seulement ce n'est pas la méningo-encéphalite qui s'affirme : c'est l'ataxie; et celle-là est aussi typique que l'avait été, dans sa durée éphémère, la paralysie générale. Dorénavant le tabes est constitué et probablement pour toujours : ataxie des mouvements, troubles de la sensibilité, abolition des réflexes, douleurs fulgurantes, ophtalmoplégie transitoire, etc., rien ne manque au tableau. Il y a un an que la maladie de Duchenne a été diagnostiquée, c'est un fait acquis et il n'y a pas à y revenir. Or, depuis six mois environ, ce malade est atteint d'hémi-atrophie linguale et de goître exophtalmique.

Nul doute sur l'origine bulbaire de l'hémi-atrophie linguale. Mais la maladie de Basedow? Est-ce une coïncidence? Qu'on en juge. A coup sûr, elle ne consiste pas seulement dans l'assemblage de « quelques stigmates basedowiens » : protrusion des yeux, tachycardie, goître, tremblement, tout y est. Et ce qu'il y a de plus original dans cette coïncidence, c'est que le syndrome basedowien progresse par poussées successives, exactement synchrones aux crises de douleurs fulgurantes.

Nous l'avouons, ce fait, fût-il le seul de son *espèce*, représente à nos yeux le prototype du *genre*. Singulière coïncidence de deux localisations bulbaires, que l'apparition tardive et simultanée d'une hémi-atrophie de la langue et d'un goître exophtalmique chez un tabétique!

On trouverait assurément des coïncidences semblables dans l'histoire de la syringomyélie et il est fort probable que, si cette dernière maladie était connue depuis plus longtemps, il y aurait été déjà fait maintes fois allusion. L'observation publiée par Joffroy et Achard, en 1891 — observation qui méritait d'être méthodiquement discutée — restera parmi les exemples les plus frappants d'une association étroite de la syringomyélie avec la maladie de Basedow.

Il s'agissait d'une femme de vingt-huit ans, qui, à la suite de crises épileptiformes survenues en 1880, fut atteinte de contracture transitoire des fléchisseurs des membres supérieurs. Cette contracture se compliqua de mouvements choréiformes des mêmes membres et, beaucoup plus tard, en 1884, d'une parésie avec soubresauts de la jambe droite. C'est seulement en 1885, c'est à dire cinq ans après l'apparition des

premiers symptômes nerveux, qu'on remarqua une exophtalmie simple, sans goître, ni palpitations. En 1887, on nota des battements carotidiens et une tachycardie permanente. En 1888 et en 1889, les convulsions épileptiformes devinrent de plus en plus fréquentes, subintrantes, et la malade succomba en état de mal. L'autopsie révéla une syringomyélie cervicale non gliomateuse et, en dehors des lésions vasculaires et méningées de cette syringomyélie, on découvrit au microscope un fait que les partisans de la théorie nerveuse pourraient porter à leur actif : « Les vaisseaux bulbaires étaient distendus et leurs gaines étaient remplies de leucocytes. »

Il est encore difficile, à l'heure actuelle, de se prononcer sur la nature de la sclérodermie. Mais, tout porte à croire que cette trophonévrose périphérique doit être, surtout en raison de son évolution progressive, de sa répartition symétrique et des troubles nerveux qui l'accompagnent, invariablement, rattachée à quelque modification de la substance grise périépendymaire. Il n'est pas rare de voir des symptômes basedowiens survenir au cours de la sclérodermie; il n'est pas rare non plus de voir une sclérodermie bien caractérisée se développer et évoluer en quelque sorte pour son propre compte chez les sujets atteints de goître exophtalmique (1).

Parmi les observations les plus démonstratives à cet égard, nous citerons celles de Jeanselme, de B. Beer, de M.-G. Singer. Primitive ou secondaire, la maladie de Basedow n'est-elle encore ici qu'une coïncidence?

Nous n'insisterons pas sur la combinaison fréquente du goître exophtalmique et de la chorée chez les enfants. Mentionnée il y a peu de temps par Kronthal (2), elle fait nombre, elle aussi, dans cette catégorie chaque jour grandissante des associations névropathiques.

Enfin les circonstances seraient propices pour parler ici des relations de la maladie de Basedow avec la folie. Mais, sous peine de sortir du cadre qui nous a été tracé, nous devons nous borner à quelques remarques. Il y a bien longtemps que

(1) Jeanselme. — Ass. fr. p. l'avancement des Sciences. Caen, 1894.
B. Beer. — Club médical de Vienne, 24 octobre 1894.
M.-G. Singer. — *Ibid.*, séance suivante.

(2) *Berliner klin. Woch.*, 3 juillet 1893, n° 27.

des troubles psychiques divers ont été directement rattachés au goître exophtalmique. L'historique de ce petit point de la question serait intéressant, mais il nous est également impossible de nous y attarder.

Ce qui ressort de la lecture et de la comparaison des faits publiés jusqu'à l'heure présente, c'est que, peu à peu, les phénomènes d'excitation simple auxquels on avait exclusivement pris garde dans le principe, semblent s'être amplifiés et systématisés de manière à constituer aujourd'hui de véritables *psychoses*. La théorie thyroïdienne peut trouver son profit à cette constatation. Il paraît, en effet, définitivement établi que les goîtreux deviennent plus fréquemment aliénés que les non-goîtreux (1). Quoi qu'il en soit, plusieurs théories sont en présence. Suivant les uns, les psychoses et la maladie de Basedow ne sont jamais qu'un fait de hasard. Suivant les autres, les troubles mentaux sont sous la dépendance immédiate de la maladie de Basedow. Enfin, suivant d'autres encore, un même état général, une seule névrose, se développant sur un terrain de dégénérescence héréditaire, se traduirait par les deux ordres de phénomènes. Cette dernière opinion, défendue par Raymond et Sérieux, s'appuie sur les cas où une circonstance accidentelle mettant en jeu l'émotivité morbide d'un sujet prédisposé, crée à la fois les deux « névroses » qui, de la sorte, n'en feraient qu'une.

Les conclusions de Raymond et Sérieux sont les suivantes : « Le goître exophtalmique est une *névrose bulbo-protubérantielle* constituée par l'exagération et la permanence des phénomènes physiologiques de l'émotion. C'est une anomalie psychique, l'émotivité, qui est à la base de la maladie.

» Celle-ci n'est souvent qu'un cas particulier des troubles fonctionnels qui, chez les dégénérés, frappent tel ou tel groupe des centres corticaux (psychiques, psycho-moteurs, sensitifs, sensoriels), bulbaires ou spinaux. Il s'agit, dans l'espèce, d'une véritable déséquilibration des centres vaso-moteurs qui coexiste souvent avec des troubles analogues du côté des autres centres de l'axe cérébro-spinal. »

Ici, comme précédemment, il nous semble bien difficile de

(1) S. MARZOCCHI et G. ANTONINI. — Sur les rapports du goître et de la folie (*Annali di Nevrologia*, 1893, 1, 2, 3.)

prendre parti, et nous admettrons avec Greidenberg (¹) que toute théorie exclusive est, quant à présent du moins, insoutenable. Hirschl, élève du professeur V. Krafft-Ebing, partisan de la théorie bulbo-protubérantielle, a donné un résumé très clair et en même temps très documenté des 43 principaux cas qu'il a recueillis dans la littérature médicale (²). Nous emprunterons textuellement à notre collègue Ladame (³) l'analyse de ce travail.

Dans les 43 cas dont il s'agit, toutes les formes de psychose, manie, mélancolie, paranoia, amentia, folie du doute, paralysie générale, sont représentées. « Toutefois, Hischl pense que l'on peut en faire ressortir certains traits caractéristiques, communs aux psychoses de la maladie de Basedow. Il rapporte 6 cas de la clinique du professeur Krafft-Ebing, 4 manies et 2 états d'angoisse intense, accompagnant la maladie de Basedow typique, dont l'un était une mélancolie alcoolique et l'autre une folie neurasthénique. L'hérédité nerveuse était prononcée dans 5 cas; entre autres l'observation d'un père aliéné, dont la femme était goîtreuse, qui procréa 3 enfants atteints de *morbus Basedowi*.

» Tandis que la plupart des cas publiés jusqu'ici concernent des femmes, ceux de l'auteur sont en majorité masculins (4 hommes, 2 femmes). Trois des hommes avaient plus de cinquante ans.

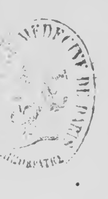
» Malgré de nombreux travaux, la pathogénie de la maladie de Basedow n'est pas encore éclaircie. Il paraît probable qu'on doit admettre une *paralysie du centre vaso-moteur dans le bulbe.* Les autopsies sont cependant loin de donner des résultats concordants et satisfaisants. Les troubles vaso-moteurs de l'écorce cérébrale sont peut-être la cause de la psychose (?). Admettant cette hypothèse, l'auteur explique les troubles psychiques par les théories un peu nébuleuses de Meynert des centres vasculaires corticaux et sous-corticaux. La psychose exophtalmique s'accompagne d'une excessive irritabilité du malade, ce qui donne à la manie le stigmate de la dégénérescence; dans la mélancolie, au lieu de l'irritabilité, on observe

(¹) *Messager de Psychiatrie et de Neuropathologie de Merjiewski*, 1893, t. I.
(²) *Jahrbücher für Psychiatrie*, XIIe vol., 1er et 2e cahiers, p. 50, 1893.
(³) *Revue neurologique* 1893, nº 23, p. 661.

l'angoisse extrême qui a souvent le caractère de la mélancolie anxieuse.

» La plupart des cas se déclarent de vingt à quarante-cinq ans. Sur 43 cas, 6 guérisons, 14 morts. L'exaltation maniaque plus ou moins prononcée qui caractérise l'état psychique des personnes atteintes de maladie de Basedow (lorsqu'elle ne se complique pas de dépression neurasthénique) est un symptôme qui assurera le diagnostic dans certains cas douteux, de même que la diminution de la résistance électrique ou le tremblement rapide des mains. L'auteur cite deux cas où l'état mental a permis de diagnostiquer une maladie de Basedow, alors que manquait la triade pathognomonique de cette affection.

» Hischl conclut : 1° La maladie de Basedow se complique rarement de psychose. Si cette complication survient, c'est avec la manie. *D'autres psychoses sont la conséquence de l'hystérie, de la neurasthénie ou de l'alcoolisme qui compliquent le goître exophtalmique.*



» 2° Les troubles psychiques caractéristiques de cette maladie sont l'exaltation maniaque avec stigmates de dégénérescence (irritabilité extrême).

» 3° L'explication pathogénique de ces troubles maniaques est donnée par *les lésions fonctionnelles ou organiques du bulbe qui provoquent une parésie plus ou moins accentuée des vaisseaux de l'écorce cérébrale.* »

Nous n'ajouterons aucun commentaire à ces trois conclusions. La première confirme l'opinion formulée catégoriquement — et pour la première fois — par M. Ballet dans une communication faite à la Société médicale des Hôpitaux en 1890. La deuxième tranche une question de fait. Quant à la troisième, elle s'attaque de front au problème et le résoud dans un sens diamétralement opposé à la doctrine thyroïdienne. Nous y reviendrons dans un instant.

Nous avons signalé, parmi les névroses associées à la maladie de Basedow, la *chlorose*. Ceci encore nécessite quelques mots d'explication.

Dès les premières discussions que souleva l'entrée en scène de la maladie nouvelle, un observateur de haut mérite vint soutenir une thèse tout à fait imprévue dans le concert déjà si

discordant des opinions. Cette thèse, vite oubliée quoique établie sur quelques faits irrécusables, méritait d'obtenir un jour ou l'autre un regain de faveur. Frappé de la coïncidence vraiment remarquable qui existe entre la maladie de Basedow et la chlorose, Beau prétendait que celle-là était la conséquence de celle-ci; que la cachexie chloro-anémique, en d'autres termes, préparait le terrain à la cachexie exophtalmique.

En réalité, la relation dont il s'agit est-elle foncièrement causale? N'a-t-on pas affaire à un de ces états complexes, dominés par la prédisposition neuro-arthritique, si prodigue d'effets variés, engendrant, si l'on peut ainsi dire, toute une suite de symptômes ou de syndromes en apparence étrangers les uns aux autres, mais serrés les uns contre les autres, comme des gens dans la foule qui se coudoient sans se connaître?

Il n'y a cependant pas si loin de la chlorose à la cachexie de Basedow, même dans certaines conditions physiologiques qui n'ont échappé à personne.

La chlorose est une maladie spéciale à l'adolescence, et elle appartient presque d'une façon exclusive au sexe féminin. Peut-être même est-elle encore plus exclusivement féminine que la maladie de Basedow. On a décrit des chloroses de l'âge critique; mais la seule chlorose essentielle, typique et primitive est celle de la jeunesse. Or, la cachexie exophtalmique se développe et parfois évolue avec une grande rapidité chez certaines jeunes filles chlorotiques. D'autre part, nombre de chlorotiques, sans arriver à la cachexie de la maladie de Basedow, sans présenter même l'ensemble symptomatique auquel le syndrome est immédiatement reconnaissable, ébauchent en quelque sorte la triade classique et n'en parachèvent pas le tableau.

Immédiatement à ce propos, nous dirons que, si la chlorose est un état morbide transitoire lié à la puberté féminine, on peut la considérer quelquefois comme un état presque physiologique; la métamorphose est un peu difficile, la *formation*, comme on dit, est pénible et il en résulte tels phénomènes qui figurent dans la maladie de Basedow : les palpitations, la tachycardie, la dyspnée, la dysménorrhée, quelques troubles gastro-intestinaux, certaine versatilité du caractère, une irascibilité

inaccoutumée. Bien plus, il n'est pas rare de constater un léger degré d'exophtalmie passagère et même un gonflement du cou dont les sculpteurs nous ont donné, depuis l'antiquité, une reproduction très fidèle. Une médaille à l'effigie d'Arsinoé, veuve de Lysimaque, femme de Ptolémée Philadelphe, est un de ces curieux spécimens.

Il paraîtra assez étrange que l'ensemble de ces caractères, suffisant pour faire suspecter un début de maladie de Basedow, ne se manifeste que lorsque la menstruation s'est déjà installée, c'est à dire lorsque l'évolution sexuelle s'est accomplie. Une esquisse de goître exophtalmique est donc parfois, pendant un temps relativement court, une phase du développement physiologique, et le gonflement cervical peut passer pour un trait de beauté juvénile.

Par contre, vers l'époque qui précède la puberté, il est possible de faire un rapprochement inverse; beaucoup de jeunes sujets, dans la période de l'enfance qui confine à l'adolescence, traversent une crise de myxœdème normal ou physiologique. L'évolution s'accomplit imparfaitement; le corps thyroïde reste petit et tout l'organisme s'en ressent. L'*infantilisme* est l'état morbide qui répond à ce défaut ou à ce retard de la thyroïdation qui fait hésiter la croissance. Nous avons, l'an dernier, consacré une étude assez détaillée à l'étiologie thyroïdienne de l'infantilisme(1); mais M. Joffroy y avait déjà fait allusion, à notre insu, tout à fait incidemment, dès l'année 1891(2).

Pour revenir à la chlorose, son influence ne peut plus être admise au titre de cause efficiente, comme le prétendait Beau et comme l'ont soutenu après lui Fischer et Gros. Elle ne fait qu'ajouter à la cachexie dans les cas graves, ou à la simple faiblesse nerveuse dans les cas bénins; mais elle n'est pas le point de départ de la maladie de Basedow. De la même façon que des phénomènes psychopathiques sont toujours associés, dans des proportions variables, au goître exophtalmique, de même la chlorose, dystrophie d'origine nerveuse, peut apparaître dès le début de cette affection; et d'ailleurs, en thèse

(1) *Leçons sur les maladies nerveuses*, p. 606. Paris, Masson, 1895.

(2) Des troubles nerveux consécutifs aux lésions du corps thyroïde (*Gaz. des Hôpitaux*, 14 mai 1891).

générale, elle s'y associe dans la période d'état. En effet, la chlorose franche, celle qui n'est pas symptomatique de la tuberculose, est, disons-nous, pure névrose elle-même. Combinée ou non avec l'hystérie, dont elle est quelquefois une manifestation plus ou moins directe, elle se montre à son maximum d'intensité dans l'anorexie hystérique ; mais, même avant la cachexie de l'inanition, qui fait suite encore assez souvent à l'anorexie hystérique, la chlorose toute seule reste un syndrome nerveux.

La thèse de Beau, si l'on envisage ainsi les choses, ne ferait donc que renforcer la théorie nerveuse. Du moins, les faits que Beau a su discerner et que tant de cliniciens ont observés après lui accroissent-ils le nombre des cas où l'on peut accuser la névropathie préalable.

Nous terminerons cette revue des névroses combinées au goître exophtalmique, par un exposé sommaire des conditions où le syndrome basedowien paraît le plus nettement consister en un *trouble dynamique d'origine centrale.*

Une série de faits curieux, sur lesquels l'attention s'est trop longtemps attardée peut-être, semble fournir à la théorie nerveuse un argument d'un très grand poids. On a signalé des cas de maladie de Basedow absolument typiques, survenant sous l'influence de troubles matériels ou fonctionnels d'organes divers, obéissant aux mêmes vicissitudes que ces troubles et disparaissant en même temps qu'eux. Ce sont, si l'on peut dire ainsi, des *maladies de Basedow réflexes.* Nous y avons déjà fait allusion. Mais voici, pour parler plus explicitement, un exemple concret de ce dont il s'agit.

» Une femme de trente-six ans, ayant eu six grossesses à deux ans d'intervalle chacune, actuellement toujours réglée, présente à droite, depuis son dernier accouchement, une tumeur abdominale mobile, un rein flottant. A partir de ce moment, cette femme, qui n'avait jamais été sujette à aucune manifestation nerveuse, et sans le moindre antécédent héréditaire, est atteinte de troubles psychiques très prononcés. En même temps, les yeux sont devenus plus saillants et très brillants, la glande thyroïdienne a grossi à droite principalement ; elle est devenue pulsatile et le pouls bat 130 ; tremble-

ments, chaleurs, sueurs, vitiligo, alternatives de diarrhée et de constipation. Tous ces symptômes s'améliorent *notablement* après l'application d'une ceinture contentive appropriée. Toutes les autres médications avaient échoué. »

Cette observation de Gauthier (de Charolles) est absolument topique. Tous les cas similaires lui sont superposables, et nous entendons par *cas similaires*, ceux dans lesquels l'irritation périphérique ne consiste pas seulement en un rein flottant, mais en une variété quelconque de trouble viscéral à répercussion nerveuse centrale.

L'atonie intestinale, l'entéroptose, la gastroptose figurent parmi les causes les plus ordinaires. Gauthier en a emprunté trois exemples à Federn. Les lésions utérines paraissent aussi provoquer l'apparition du syndrome et, au dire des spécialistes, la chirurgie gynécologique en revendiquerait à bon droit la guérison.

Mais c'est surtout aux « rhinologistes » ou narinologistes que nous devons la connaissance de ces cures étonnantes. Les observations de Hoppmann, de Hack, de Fräenkel, de Stocker, de Gottstein, de Muschold, de Leflaive sont absolument démonstratives. Dans tous les cas rapportés par ces auteurs, il s'agissait soit de polypes de la pituitaire, soit d'hypertrophie de la muqueuse des cornets, soit de catarrhe rhino-pharyngien chronique. L'ablation des polypes, l'excision du cornet, la cautérisation de la muqueuse auraient amené, à bref délai, la guérison ou l'amélioration très notable des symptômes basedowiens. Voilà qui ne s'accorde guère avec l'hypothèse d'une lésion thyroïdienne préexistante !

Et cependant, si l'on tient à son opinion, on peut, avec Gauthier (de Charolles), admettre que la prédisposition nerveuse du centre bulbaire qui régit le syndrome de Basedow est antérieure à toute autre manifestation morbide ; et que, par conséquent, il suffit d'une irritation de ce centre pour mettre en train le processus de la névrose, lorsque la sécrétion viciée de la glande thyroïde est la cause permanente de la susceptibilité bulbaire. La voie par laquelle le bulbe subit l'influence de l'excitation périphérique est variable et importe peu ; ce qu'on sait, c'est que les inflammations ou les irritations chroniques de la pituitaire se réfléchissent sur la moelle.

allongée ou la protubérance par l'intermédiaire des branches nasales de la cinquième paire. La modalité clinique de cette réflexion est tantôt la migraine, tantôt l'asthme, tantôt l'épilepsie, tantôt le syndrome de Basedow, suivant le caractère individuel de chacun.

L'explication, il faut l'avouer, est tirée d'un peu loin. La plupart des auteurs supposent tout simplement que le syndrome de Basedow, dans certains cas seulement, est la traduction réflexe d'une affection à localisations périphériques, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la perturbation sécrétoire primitive de la glande thyroïde. La guérison qui fait suite à l'intervention opératoire entraîne presque forcément la conviction.

On peut, à la vérité, objecter encore que les guérisons immédiates et complètes sont exceptionnelles. Cela n'est assurément pas douteux; toutefois, il en est quelques-unes où la preuve n'est pas contestable; et si l'on chicane les rhinologistes sur l'authenticité absolue de leurs succès, on a le droit de répondre que la thyroïdectomie ne guérit pas, elle non plus, toujours et sûrement, la totalité des accidents ou des phénomènes basedowiens. A deux de jeu.

Pour mieux faire voir l'identité de ces goîtres exophtalmiques réflexes avec les autres névroses d'origine nasale, décrites depuis quelques années, nous citerons deux faits assez remarquables. Il n'y a plus à nier que certains malades, affligés d'un asthme caractérisé, soient guéris par une petite opération pratiquée sur les fosses nasales. Névropathes ou non, leur asthme a pour cause prochaine l'altération de la pituitaire. Or, il n'est pas rare que la même opération, pratiquée chez des sujets non asthmatiques, donne lieu à un asthme complet, classique et définitif. Ici l'irritation opératoire est l'occasion propice à la mise en train, au déclenchement, si l'on peut s'exprimer ainsi, de la névrose latente. M. Ruault a publié des cas de ce genre. Semar et Semon (thèse de Mignon) ont vu de même le goître exophtalmique se développer à la suite d'une intervention chirurgicale sur les fosses nasales. Un sabre a été donné à M. Prudhomme « pour défendre nos institutions et au besoin pour les combattre ».

A considérer les étroites relations fonctionnelles qui unissent la pituitaire aux centres bulbo-protubérantiels, il est bien

difficile de ne pas être frappé de ces maladies de Basedow à début brusque, où la muqueuse nasale est mise directement en cause. Il est bien difficile de renoncer à l'idée que le cortège symptomatique si régulièrement groupé et si soudainement mis en marche, est une manifestation d'origine centrale, une sorte de revanche du bulbe, et que la lésion thyroïdienne problématique qu'on veut rendre responsable est absolument innocente d'un tel mouvement morbide.

Le mode d'irritation des polypes du nez, de la rhinite chronique, de l'hypertrophie des cornets reste encore à l'état de mystère. La guérison de ces petites affections locales entraînant la guérison des graves désordres qui leur ont fait suite n'est pas moins incompréhensible. L'apparition d'une maladie de Basedow, créée vraiment de toutes pièces par une opération inoffensive, est peut-être encore plus surprenante. Mais, du moins, tout cela est-il dans la logique d'un certain ordre de faits auxquels la clinique nous a habitués et que nous interprétons sans grand effort d'imagination. Les réactions nerveuses simples ou complexes sont des phénomènes avec lesquels nous nous sommes familiarisés. D'ailleurs, cette double influence de l'opération chirurgicale, curative dans un cas, pathogène dans l'autre, nous étonne moins si nous nous souvenons du rôle étiologique qu'on a fait jouer à la grossesse dans la maladie de Basedow. Le chirurgien n'a donc pas seul le pouvoir de lier et de délier. Il y a vingt ans, beaucoup de médecins croyaient fermement que la grossesse exerce une action favorable sur la régression du goître exophtalmique. Si la grossesse est un moyen curatif dont les hommes n'ont rien à espérer, du moins pouvait-on la recommander aux femmes, et Trousseau ne s'en faisait pas faute. Charcot avait observé un cas très probant à cet égard, mais il s'aperçut aussi le premier que si, parfois, le conseil était bon, il était bien plus souvent détestable. La maladie, dès les premiers jours qui suivent l'accouchement, prend en général une allure plus rapide et accuse une plus grande intensité(1).

(1) Souza Leite a publié un cas où la grossesse fut favorable (*Progrès médical*, 1888, p. 16); Renaut en a publié un autre (Soc. méd. des Hôp., 18 février 1889). Hœberlin, au contraire, parle d'un goître exophtalmique qui, survenu pendant la grossesse, ne disparut qu'après l'accouchement (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1890, nº 26).

Les faits étant contradictoires, les partisans de la théorie thyroïdienne et ceux de la théorie nerveuse ont négligé de s'en targuer. Il n'est toutefois pas interdit de supposer que la « dyscrasie » des femmes enceintes relève d'une altération primordiale de la glande thyroïde. D'autre part, rien ne prouve que cette « dyscrasie » par infection ou par intoxication — dont on ignore l'essence, mais dont on connaît quelques effets névropathiques, — soit d'origine thyroïdienne; et si l'on croit à la présence d'une toxine en circulation, pourquoi ne pas accepter qu'elle provienne d'une autre source que la glande thyroïde? Pourquoi même ne pas admettre que le syndrome soit d'ordre réflexe; l'œuf, après tout est-il si différent de ces fibromes utérins qui provoquent la réaction bulbaire de Basedow?

Pour nous résumer, le goître exophtalmique dit *réflexe*, si son authenticité se confirme, est d'une interprétation relativement très simple. Les cas rassemblés sous cette rubrique s'expliquent, au contraire, très malaisément par la théorie thyroïdienne.

Au début de cet exposé, nous nous sommes attaché à faire ressortir que la maladie de Basedow était un *syndrome défini* et que la localisation centrale de ce syndrome devait être, ainsi que M. Ballet l'a si brillamment soutenu, un groupe de noyaux bulbaires ou bulbo-protubérantiels à connexions préétablies. Les cas de goître exophtalmique réflexe supposent une perturbation de ce centre nucléaire et la perturbation qui se traduit par la maladie de Basedow, purement dynamique, exclut l'hypothèse d'une lésion thyroïdienne préalable. Mais si la névrose se développe quelquefois sous l'influence d'une excitation bulbo-protubérantielle dont le point de départ est périphérique, à plus forte raison doit-elle se manifester dans les cas de lésions bulbaires matérielles et visibles, telles que les hémorragies, les tumeurs, les méningites, etc. Si la théorie bulbaire est fondée, le principal argument dont elle puisse se prévaloir, c'est bien, à coup sûr, celui que l'anatomie pathologique est en mesure de lui fournir. Or, on sait que l'anatomie pathologique éclaire d'une bien faible lumière ce côté si obscur du problème.

Peut-être a-t-on mal cherché les lésions bulbaires? Nous

serions, en vérité, tenté de le croire. En tout cas, nous avons remarqué que les observations nécroscopiques les plus complètes et les mieux recueillies signalent, pour la plupart, des altérations irritatives superficielles, en général des hémorragies de la région bulbaire postérieure.

Déjà, il a été fait allusion à un cas de maladie de Basedow, chez une femme syringomyélique, à l'autopsie de laquelle MM. Joffroy et Achard ont constaté *une dilatation des vaisseaux bulbaires avec infiltration leucocytique des gaines lymphatiques*. Hale White, de son côté, avait trouvé chez une femme de trente-un ans, atteinte de goître exophtalmique et morte d'une pneumonie, de *petites hémorragies au niveau du plancher du quatrième ventricule*. W.-S. Greenfield fait mention d'une altération des cellules bulbaires et protubérantielles, caractérisées par un état trouble avec des *hémorragies punctiformes dans le quatrième ventricule*. Grainger, Stewart et G.-A. Gibson parlent d'un cas d'*hémorragie du quatrième ventricule* ayant provoqué l'apparition de « corpuscules colloïdes ». Les mêmes auteurs ont publié un autre cas dans lequel de petits kystes purulents occupaient la partie inférieure du pont de Varole. Cheadle a observé la *dilatation des vaisseaux du quatrième ventricule*, « dilatation considérable ». Vandervelde et Le Bœuf(1) ont autopsié un sujet basedowien chez lequel le *plancher du quatrième ventricule était parsemé de petits foyers récents*.

F. Müller, qui adopte cependant la théorie thyroïdienne, a vu les mêmes *petites hémorragies du plancher ventriculaire* et les qualifie d'*agoniques* (2).

Nous pourrions multiplier ces exemples. On voit qu'ils concordent. Sans doute, il est permis de leur opposer un nombre au moins aussi considérable d'autopsies négatives. On peut même, à l'exemple de Greenfield, objecter, à l'encontre de la théorie bulbaire, que les hémorragies du bulbe, de la protubérance et de la moelle étant de même nature que celles qu'on trouve dans des maladies toxiques, comme l'hydrophobie et le tétanos, il est logique de les considérer ellesmêmes comme d'origine toxique.

(1) *Journ. de Med. de Bruxelles*, 3 mars 1894.
(2) *Deutsches Archiv für klin. Med.*, Bd LI, Hft 4 u. 5.

Enfin, la plus grosse difficulté que la théorie bulbaire ait à surmonter réside toujours dans l'existence des lésions goîtreuses. Au premier abord, on est porté à croire qu'une suractivité thyroïdienne permanente, déterminée et entretenue par un trouble bulbaire, peut aboutir à une modification de structure définitive et irrémédiable. Il faut bien reconnaître cependant que les troubles nerveux, dynamiques ou organiques ne produisent guère de lésions glandulaires en dehors de celle-là.

La physiologie expérimentale vient heureusement prêter main-forte à la théorie bulbo-protubérantielle. Entre le bulbe et la protubérance, à la partie externe du plancher du quatrième ventricule, il est une région dont l'irritation ou la destruction entraîne le syndrome basedowien. Filehne (1), ayant sectionné les corps restiformes sur de jeunes lapins, vit survenir simultanément l'exophtalmie, la tuméfaction du corps thyroïde et la tachycardie. Durdufi (2) a même indiqué avec une grande précision le niveau des corps restiformes auquel il convient de pratiquer la section pour provoquer cette maladie de Basedow expérimentale : c'est juste à la hauteur du tubercule acoustique. Sur le cadavre d'un animal dont le bulbe avait subi l'hémisection à ce niveau, on constatait encore, quatre semaines plus tard, une exophtalmie avec large dilatation pupillaire du côté opéré. Si de telles expériences sont renouvelées avec le même succès, la question nous paraît définitivement résolue. Car, peu importe que le résultat opératoire ne réalise pas l'ensemble clinique parfait de la maladie de Basedow. Les maladies artificielles que le physiologiste crée à l'occasion ne sont jamais mathématiquement superposables à celles dont la « bonne nature » nous gratifie si libéralement. Personne, au reste, même parmi les plus chauds partisans de la théorie bulbaire, n'a jamais prétendu que le goître exophtalmique fût la conséquence d'une lésion équivalant à la section des corps restiformes. Ce qui reste acquis, c'est que, sur un lapin jeune, bien portant, non goîtreux et vraisemblablement sans hérédité psychopathique, la section du corps restiforme donne lieu à la triade basedowienne classique. D'ailleurs Mendel a vu un cas de maladie de Basedow pure où les deux faisceaux soli-

(1) Filehne. — *Sitzungsber. der phys. med. Soc. zu Erlangen,* 14 juli 1879, p. 177.
(2) *Deutsche med. Woch.,* 1887, n° 21.

taires étaient inégalement développés et où le *corps restiforme d'un seul côté* était atrophié. Marie et Marinesco ont publié une observation de goître exophtalmique associé au tabes où l'atrophie du faisceau solitaire se compliquait de celle, très prononcée, de la racine du trijumeau. Ces faits, joints à ceux dont la clinique fourmille, où le goître exophtalmique survient inopinément dans un accès de colère et demeure à l'état permanent comme « de la colère figée », selon l'heureuse expression du professeur Potain, — ces faits, disons-nous, suffisent et au delà : le syndrome basedowien ne se rattache donc pas « *dans tous les cas*, soit à un fonctionnement vicieux, soit à des altérations plus ou moins profondes du corps thyroïde ».

Cela dit, il faut convenir que le fonctionnement du corps thyroïde étant quelquefois vicié par une influence nerveuse morbide d'origine bulbaire, quelques symptômes de la maladie de Basedow peuvent être imputés au fonctionnement vicieux de la glande thyroïde. Reste à savoir si ce fonctionnement vicieux doit être taxé d'*hyperthyroïdation*. On sait avec quel talent la thèse de l'hyperthyroïdation a été soutenue par M. Marie. Il nous faut en dire au moins quelques mots. Mais, avant d'en venir là, un très court aperçu de physiologie nous semble indispensable.

VI. — L'hyperthyroïdation.

Si l'on discute encore sur la nature intime de la fonction thyroïdienne, il faut convenir que le débat s'est singulièrement limité.

Les troubles observés chez les animaux thyroïdectomisés, soit immédiatement, soit quelque temps après l'extirpation de l'organe, tiennent à la suppression d'une fonction spécifique. Munk (1) s'est attaché à démontrer que l'absence de la glande thyroïde n'est pas incompatible avec la vie : il liait les vaisseaux et les nerfs qui se rendent aux deux lobes thyroïdiens et il supposait que la maladie ne pouvait se produire que dans les cas

(1) Sitzungsberichte der Berliner Akademie.

où l'exérèse avait été suivie de suppuration. Cette manière de voir a été réfutée par de nombreuses expériences. Personne ne croit plus que l'irritation des nerfs thyroïdiens doive entrer en ligne de compte dans la pathogénie de la cachexie strumiprive expérimentale ou des troubles nerveux immédiats. La névrite du pneumogastrique, invoquée par Arthaud et Magon, non seulement est problématique, mais ne peut expliquer dans aucun cas les troubles variés que la thyroïdectomie entraîne. Herzen, Fano, Lauda, Fuhr ont répondu victorieusement à toutes les objections qu'on avait soulevées contre l'origine exclusivement thyroïdienne des accidents opératoires.

Albertoni et Tizzoni ont prétendu ensuite que la suppression de la glande thyroïde donnait lieu à une perturbation plus ou moins profonde de l'hématopoièse. Il est parfaitement possible que le corps thyroïde, comme toutes les autres glandes à sécrétion interne, modifie les conditions histochimiques de la formation du sang; mais il est bien difficile de croire que l'hématopoièse soit notablement influencée par une lésion spontanée ou même une ablation totale du corps thyroïde. Quelques expériences de George Murray [1] semblent concorder, par leurs résultats généraux, avec l'opinion d'Albertoni et Tizzoni. Ce physiologiste donne à des singes la cachexie strumiprive et leur fait des injections d'extrait de corps thyroïde; puis, il détermine exactement les modifications thermiques et hématologiques consécutives. Or, tandis qu'après l'extirpation de la glande il avait noté un abaissement de la température et une diminution du chiffre des globules sanguins, il constate, après les injections, un relèvement de la température et une augmentation du nombre des hématies. Murray pense, en outre, que la sécrétion thyroïdienne joue un rôle important dans les fonctions du plasma normal, soit en favorisant la formation des globules, soit en empêchant leur destruction; ainsi, elle exercerait par contrecoup une influence sur l'activité des organes hématopoiétiques.

D'un commun accord, les expérimentateurs admettent aujourd'hui que si la glande thyroïde a quelque part dans l'hématopoièse, ce n'est, comme nous venons de le dire, qu'en vertu

(1) LXI Annual Meetings of the British med. Association (*British med. Journ.* 23 sept. 1893).

d'une propriété générale, commune à toutes les glandes dites *vasculaires sanguines*. Oui, le corps thyroïde est une glande vasculaire sanguine, mais sa « sécrétion interne » consiste à produire une substance dont l'action immédiate sur les centres nerveux exerce une influence de premier ordre sur la nutrition totale de l'organisme; et c'est à la suppression de cette influence qu'il faut rapporter les accidents primitifs ou secondaires de l'éthyroïdation brusque ou lente.

La réalité de la sécrétion thyroïdienne est démontrée en premier lieu par le fait qu'on peut retarder, apaiser ou supprimer complètement les accidents dont il s'agit, en suppléant par des moyens artificiels à la fonction thyroïdienne. La greffe thyroïdienne a été pratiquée avec succès par Schiff, puis par Fano et Zanda, enfin par Eiselsberg. — Gley et Vassale sont parvenus à faire disparaître les phénomènes aigus de l'éthyroïdation, chez le chien, par des injections intraveineuses de suc thyroïdien. Nous avons nous-même, avec M. Lamy, obtenu un résultat semblable, d'une rapidité surprenante, en faisant ingérer des capsules de corps thyroïde desséché à un chien en pleine crise. Enfin, il est à peine besoin de rappeler les effets extraordinaires que produit l'absorption, par l'estomac, de lobules thyroïdiens chez les sujets myxœdémateux. On peut dire que la thérapeutique ne possède pas de moyen plus puissant et qu'il n'y a pas, dans toute la matière médicale, une seule substance dont l'influence curative soit plus évidente, plus prompte et plus sûre.

Ces divers procédés, équivalents en somme les uns des autres, font rentrer, pour un certain temps, dans la circulation le produit de sécrétion dont l'organisme avait été privé par l'ablation de la glande thyroïde. La sécrétion interne est donc un fait bien démontré. Mais comment faut-il la comprendre? Quelle en est la nature, comment et sur quels éléments agit-elle?... Ici les hypothèses commencent.

Deux suppositions seulement sont possibles en ce qui a trait au mode d'action du produit thyroïdien. Ou bien la glande sécrète une substance utile à l'économie et dont la privation amène les perturbations que l'on connaît; ou bien la sécrétion interne a pour but d'éviter l'accumulation nocive d'un produit toxique dans les tissus, en le détruisant au fur et à mesure

qu'il se forme. Cette dernière manière de concevoir la fonction thyroïdienne est aujourd'hui de beaucoup la plus répandue. Schiff, Herzen, Fano et Zanda l'ont adoptée. — Gley a contribué plus que personne à la répandre, grâce à des expériences irréprochables et judicieusement interprétées. Celles-ci s'appuient sur la marche des accidents post-opératoires.

Un animal ayant été thyroïdectomisé, les troubles nerveux qui vont survenir et auxquels il ne saurait échapper se déclarent en général après une sorte de période latente qu'on peut appeler *incubation*. Durant cette période, les produits toxiques que le corps thyroïde est destiné à détruire s'accumulent. A cela on peut répondre que, si le corps thyroïde fabrique une substance directement utile aux échanges nutritifs et à l'équilibre des fonctions nerveuses, la thyroïdectomie, en tarissant la source, entrave les échanges nutritifs normaux et rompt l'équilibre des centres nerveux. Aussi est-ce à l'aide d'autres arguments qu'on a pu établir la pathogénie des troubles consécutifs à l'éthyroïdation. La nature de ces troubles, au dire de l'immense majorité des physiologistes, ne saurait être rapportée qu'à une intoxication cérébro-spinale par un poison irritant. D'ailleurs, n'a-t-on pas également prouvé que les médicaments capables de diminuer l'excitabilité des centres nerveux retardent l'apparition des phénomènes d'intoxication? Tels l'antipyrine, le chloral, le bromure de potassium.

Les troubles qui présentent leur maximum d'intensité, de netteté et de constance chez le chien se divisent en deux groupes : les uns, ceux de la période immédiatement post-opératoire, consistent en dyspnée excessive, convulsions, accès épileptiformes, tétanie, parésie, anesthésies; les convulsions produisent l'opisthotonos et l'animal, indécis et tremblant sur ses quatre pattes, progresse avec une raideur tout à fait caractéristique, agité dans tout son être par des secousses. Les faits positifs qui viendraient en aide à cette conception d'une intoxication nerveuse primitive sont encore, il faut bien le reconnaître, peu nombreux et aussi peu probants. Le sang d'un chien éthyroïdé et en pleine crise d'accidents nerveux primitifs, transfusé à un chien normal, ne donne pas lieu chez ce dernier à des accidents comparables. Voilà qui paraît contredire la théorie, mais il faut remarquer deux choses : en premier lieu, le produit

toxique introduit dans la circulation avec le sang transfusé doit être aussitôt détruit ou annihilé chez l'animal sain par le produit thyroïdien sécrété encore en abondance normale.

En second lieu, d'après N. Bojenoff[1], le poison se retrouve dans le sang, l'urine et le cerveau des chiens éthyroïdés. Dix centimètres cubes du sérum d'un chien éthyroïdé, injectés dans les veines d'un lapin, produisent chez ce dernier animal exactement les mêmes phénomènes que ceux qui se manifestent chez le chien après l'opération. Ce sérum a une action identique lorsqu'on le fait pénétrer dans le tissu sous-cutané ou dans le péritoine du lapin, à la condition que ce soit en quantité beaucoup plus considérable. Nous n'avons pas à décider ici de l'authenticité absolue de ces résultats. Ils sont tant soit peu contradictoires avec ceux des belles expériences de Gley, qui, après la thyroïdectomie, n'a pas remarqué que le sérum eût une toxicité supérieure à la normale, mais qui a observé, à la suite des injections intraveineuses de ce sérum, les contractions fibrillaires caractéristiques. L'injection du sérum ordinaire ne donne jamais lieu à de telles contractions.

On a encore invoqué, en faveur de la présence d'un poison dans le sang, l'action palliative des fortes saignées suivies d'injections d'eau salée. Ce moyen fait disparaître ou atténue les accidents aigus post-opératoires; il en est de même de la transfusion du sang d'un animal sain à l'animal éthyroïdé.

L'inconstance des résultats dans les expériences de ce genre est encore telle, qu'on n'en peut tirer de conclusions fermes, malgré leurs analogies générales. On ne peut également reconnaître une grande valeur aux arguments tirés de l'étude de la toxicité urinaire. Gley et Laulanié ont remarqué que la toxicité urinaire augmentait dans les premiers jours qui suivent la thyroïdectomie; mais il faut tenir compte de l'inanition relative où se trouvent ordinairement les animaux opérés, car il est de règle que la toxicité urinaire augmente dans le jeûne. Gley, cependant, a obtenu, par l'injection intraveineuse des urines, des contractions fibrillaires semblables à celles que nous venons de signaler. Le poison supposé s'éliminerait donc par les urines; de fait, on a signalé chez les animaux éthyroïdés des

(1) Bojenoff. — *Semaine médicale*, 1895.

lésions de néphrite aiguë dont la grande fréquence vient renforcer la théorie de l'intoxication. J. Rosenblat[1] a conclu à cet égard dans le même sens que Gley. « Les animaux succombent quand le poison formé dans l'organisme privé de » glande thyroïde n'est plus éliminé par le rein *qui subit la* » *dégénérescence colloïde.* » La mort est donc due à une intoxication qui tient elle-même à ce fait que le rein ne peut plus éliminer les poisons spéciaux formés après la thyroïdectomie.

Ce n'est pas seulement une lésion rénale, c'est encore une lésion de la muqueuse intestinale que la même substance toxique pourrait faire apparaître. La muqueuse de l'intestin est, elle aussi, une grande surface d'élimination. Semmola, d'Amore et Falcone, Gioffrecchi ont trouvé, après la thyroïdectomie, des altérations constantes de l'intestin grêle consistant en de petites plaques excavées, presque toujours arrondies. Il est vrai que ces auteurs croient à un désordre dystrophique de cause nerveuse, reconnaissant pour origine prochaine une dégénérescence des cellules ganglionnaires du plexus solaire.

La nature essentiellement nerveuse des troubles primitifs fait supposer de prime abord que la moelle et le cerveau doivent présenter les altérations les plus importantes; mais les résultats d'autopsie ne sont pas toujours rigoureusement les mêmes. Ragowitch a mentionné l'encéphalo-myélite parenchymateuse. Lupo et Capoblanco ont trouvé des lésions variées, en particulier des foyers hémorragiques. Pisenti a vu, sur deux chiens thyroïdectomisés, des cavités syringomyéliques ou tout au moins des lacunes de myélite pseudo-cavitaire, car la prétendue syringomyélie n'était pas gliomateuse. Rosenblat fait consister la lésion anatomique du cerveau en un œdème capable d'amoindrir la résistance des parois vasculaires et de donner lieu à des hémorragies. Nous pourrions citer encore un grand nombre de constatations nécroscopiques du même genre; mais il vaut mieux leur opposer les résultats négatifs de Munk et Drobnick, de Tizzoni et Centanni. L'équité le veut ainsi.

Ici doit venir se placer l'importante découverte de Notkine qui, si elle se confirmait, ferait faire un pas considérable à la

(1) *Archives des Sciences biologiques de l'Institut de Méd. expérimentale.* Pétersbourg, 1894, t. III, p. 53.

question. On sait que cet auteur a pu isoler du corps thyroïde de différents animaux une substance albuminoïde dont il indique les réactions et qui représente la plus grande partie de la substance colloïde. Cette substance, qu'il appelle *thyroprotéide*, ne serait autre chose que le principe toxique qui détermine le myxœdème et les accidents aigus « strumiprifs » en s'accumulant dans le sang, comme l'auteur a pu s'en assurer en l'injectant à doses variées à des lapins et à des chiens. Ainsi le corps thyroïde aurait pour fonction d'extraire de l'organisme un produit toxique, de l'emmagasiner et de le neutraliser avant de le déverser dans la circulation. Le véritable produit de sécrétion du corps thyroïde serait un ferment spécial *(enzyme)* — ferment soluble évidemment — qui remplirait ce rôle d'agent neutralisant vis-à-vis de la thyroprotéide, dans la glande elle-même.

Si les assertions de Notkine ne sont pas démenties, les conséquences théoriques et pratiques qui vont en découler sont incalculables. Ce serait — chose rare — la vérification d'une hypothèse que rien encore ne permettait de considérer comme scientifiquement établie. On avait recours à cette hypothèse, faute de mieux, et tous les physiologistes travaillaient à en prouver le bien fondé. L'existence d'une substance toxique neutralisée par la sécrétion thyroïdienne était, on le remarquera, déjà considérée comme vraisemblable avant que Notkine l'eût désignée sous le nom de *thyroprotéide*. L'intérêt de la découverte réside dans l'accumulation de cette matière au sein du parenchyme thyroïdien. Mais il est évident que, si elle est une réalité biochimique, on devra quelque jour la trouver dans le sang lui-même, comme tous les produits de désassimilation. N. Bojenoff prétendait déjà l'avoir isolée du sang, de l'urine et de l'extrait des différents organes. Ce serait une leucomaïne, offrant les caractères suivants : elle serait de couleur brunâtre, très hygroscopique et formerait un précipité amorphe avec le chlorure d'or, l'acide phospho-molibdénique, le réactif de Bouchard et le tannin.

Provisoirement, le nom de *thyroprotéide* peut être conservé, même si les substances découvertes par Notkine et Bojenoff ne sont pas un seul et même poison. Le mot servira en tout cas à désigner l'agent toxique que le corps thyroïde neutralise.

Il est indispensable de faire au sujet de cette prétendue thyroprotéide une remarque générale.

En neutralisant un produit toxique de désassimilation, le corps thyroïde peut accomplir deux opérations : la première a pour but de s'opposer aux accidents d'intoxication qui résultent de l'accumulation de la thyroprotéide dans l'organisme; la seconde consiste à transformer la thyroprotéide neutralisée en un produit de sécrétion utile. La nature en effet, bonne ménagère, sait toujours tirer parti des déchets qu'elle ne rejette pas immédiatement hors de l'économie. Il y a tout lieu de supposer que la thyroprotéide neutralisée n'est pas un produit d'excrétion, mais bien un produit de *sécrétion interne*, au sens admis par Brown-Séquard. Envisagée de la sorte, la fonction thyroïdienne tendrait à deux fins: l'annihilation d'une substance dangereuse et la fabrication d'une substance indispensable.

Transportons cette donnée dans le domaine de la pathologie et voyons l'application qu'on en peut faire.

Le myxœdème est la maladie qui répond à l'anéantissement physiologique ou organique de l'épithélium thyroïdien. Si le corps thyroïde est complètement atrophié, à plus forte raison, s'il est énucléé par une opération chirurgicale, soit chez l'homme, soit chez l'animal, la double fonction thyroïdienne est abolie. L'enzyme manque. La thyroprotéide n'est plus neutralisée et les phénomènes d'intoxication apparaissent. D'autre part, la thyroprotéide n'étant plus diastasée par l'enzyme, l'organisme va se trouver privé du produit de sécrétion interne de la glande. Si la suppression de la fonction thyroïdienne totale est réalisée brusquement, la thyroprotéide s'accumulera promptement dans les tissus, exercera d'abord son influence nocive sur les centres nerveux, et l'on verra se dérouler le syndrome des accidents aigus, si remarquablement décrits par Gley, à la suite de la thyroïdectomie. Si l'anéantissement fonctionnel est progressif, comme cela a lieu après les ligatures successives des artères thyroïdiennes, les mêmes accidents ne se manifesteront pas, car d'autres glandes peuvent jouer un rôle vicariant, la chose est bien certaine. Nous n'insisterons pas sur ce dernier point, qui dépasse les limites de notre programme et qui ressortit exclusivement à la physiologie. Enfin, si la thyroïdectomie n'est que partielle, elle a

beau réduire au minimum la surface sécrétante de la glande, elle n'anéantit pas complètement la sécrétion de l'enzyme et cela suffit. Une très faible quantité du ferment soluble neutralisera toute la thyroprotéide.

Maintenant, supputons la résultante probable d'une hypersécrétion de l'enzyme. C'est le cas de la maladie de Basedow, s'il est vrai que le goître basedowien équivaille à une multiplication des surfaces épithéliales, et par conséquent à une suractivité fonctionnelle de la glande. Toute la thyroprotéide est neutralisée et, du même coup, le produit de la sécrétion interne du corps thyroïde augmente proportionnellement. Pour être plus explicite, appelons *thyroïdine* ce produit de sécrétion. Il n'est pas difficile de démontrer que son taux va s'élever rapidement. Pour cela, il suffira de se souvenir de deux choses : la vascularisation thyroïdienne, malgré sa richesse normale, ne permet pas à la glande thyroïde de transformer sur place toute la thyroprotéide charriée par le sang. Avant que la totalité du sang ait traversé la glande, en d'autres termes, avant que toute la thyroprotéide circulante soit entrée en contact avec l'épithélium thyroïdien, une quantité équivalente de ce poison se sera reformée dans les tissus. Il est donc au moins vraisemblable que la neutralisation de la thyroprotéide s'effectue dans les vaisseaux de la grande circulation en dehors de la glande elle-même.

Le second fait à retenir — et ici nous anticipons légèrement sur le chapitre suivant — c'est que l'ingestion de lobes thyroïdiens guérit les accidents du myxœdème et cela suffit à démontrer que la neutralisation de la thyroprotéide par l'enzyme n'a pas lieu dans la glande, mais bien dans la circulation générale.

Cela établi, on conçoit que l'hypersécrétion thyroïdienne, dans le goître exophtalmique, ait pour conséquence une production excessive de thyroïdine. La quantité de thyroprotéide qui devait être neutralisée dans un temps donné, se transforme en thyroïdine dans un temps beaucoup plus court. La glande thyroïde qui, chez un sujet simple, opère la mutation de la thyroprotéide en thyroïdine au fur et à mesure que la thyroprotéide est abandonnée par les tissus, opère cette transformation chez les basedowiens dans un délai bien moindre ; il

ne reste plus de thyroprotéide en circulation et l'organisme est saturé de thyroïdine : il y a *hyperthyroïdation.*

Tout cela n'est peut-être qu'hypothèses [1]. Il faut cependant se contenter du peu que l'on a et, si faible que soit l'argumentation lorsque les faits démontrés n'en sont pas la seule base, il n'est pas défendu de recourir à des hypothèses dont la clinique s'arrange à merveille. Nous disions, en commençant, que les symptômes du myxœdème et ceux de la maladie de Basedow étaient en quelque sorte inverses ou de sens contraires. Il n'y a dans cette proposition qu'une part de vérité, et voici pourquoi : le goître exophtalmique peut se transformer quelquefois en myxœdème; à cela, rien d'étonnant, puisque l'hypertrophie goîtreuse est éventuellement capable de régression atrophique. Aux symptômes de l'hyperthyroïdation simple, qui appartiennent à la seule maladie de Basedow, succèdent, lorsque le corps thyroïde s'atrophie, non seulement les symptômes de l'*hypothyroïdation*, mais encore ceux de l'intoxication lente par la thyroprotéide. Quels symptômes relèvent de la première cause et quels autres de la seconde? Nous ne le savons point encore; et néanmoins nous n'ignorons pas que certains myxœdémateux, n'ayant jamais été basedowiens, peuvent devenir tardivement sujets à des accidents d'hyperthyroïdation : ils ont de la tachycardie, du tremblement, de la polyurie et de la pollakiurie, voire même de l'exophtalmie. Des observations de Kowalewsky et de Sollier ne permettent pas de douter de cette coïncidence. Chez ces malades, exceptionnels assurément, deux intoxications différentes font chacune leur œuvre, isolément, pour leur propre compte, à titre individuel. Les symptômes du myxœdème seraient le résultat de l'intoxication par la thyroprotéide; ceux du syndrome de Basedow proviendraient de l'hyperthyroïdation.

Pour conclure, il faudrait être en mesure de déterminer le mécanisme que les centres nerveux mettent en œuvre pour créer les conditions anatomo-physiologiques spéciales d'où procède l'hyperthyroïdation. A cette question nul ne saurait encore répondre. Ce qui est indubitable, c'est que tous les

(1) Voir à ce sujet : *Le thyroïdisme et ses équivalents pathologiques*, par REVILLIOD (Réunion gén. des méd. suisses, 4 mai 1895).

symptômes de la maladie de Basedow ne sont pas attribuables à l'hyperthyroïdation seule. M. Marie qui, un des premiers, a mis en relief l'importance de l'hyperthyroïdation dans la pathogénie des symptômes de Basedow, a pris le soin de faire remarquer l'indépendance relative de ces symptômes :

« Dans aucun des cas de myxœdème auxquels on a appliqué le traitement thyroïdien, on n'a vu, quelque intensité qu'aient pu acquérir les phénomènes d'hyperthyroïdisation, se produire d'exophtalmie, ni de signe de de Græfe. L'hyperthyroïdisation seule semble donc insuffisante à déterminer l'apparition de ce symptôme. Cette opinion est corroborée par ce fait que, dans plusieurs des cas de maladie de Basedow traités soit par la ligature des carotides, soit par l'ablation du corps thyroïde, on a vu l'exophtalmie persister (3 cas de Dressman, 1 cas de Sprengel). Il semble donc que ce symptôme soit, dans une certaine mesure, indépendant de l'action du corps thyroïde. Dans certains cas, cependant, la thyroïdectomie a eu la vertu de le faire disparaître. »

Nous ajouterons que ces derniers cas sont encore très discutables et la *disparition complète* de l'exophtalmie, selon nous, reste encore à prouver. Nous ferons également observer que, si la maladie de Basedow était dans son ensemble et dans les symptômes essentiels de sa triade un résultat direct de l'hyperthyroïdation, il faudrait s'attendre à voir apparaître le goître exophtalmique à la suite de l'injection ou de l'ingestion du suc thyroïdien. Chez le chien, l'ingestion de lobes thyroïdiens en quantité considérable ne provoque ni la tachycardie, ni l'exophtalmie, ni le goître. Quant aux accidents, qui, chez l'homme, résultent de la médication thyroïdienne intempestive ou excessive, ils n'ont aucun rapport, en quoi que ce soit, avec la maladie de Basedow.

Nos conclusions se borneront là.

VII. — La sanction thérapeutique de la théorie thyroïdienne.

Les vieux adages vont trouver leur emploi : « *Sublata causa tollitur effectus..., Naturam morborum curationes ostendunt...,* etc. » Jamais occasion ne fut plus propice.

Nous ne nous occuperons, dans ce très court chapitre, que des médications thyroïdiennes du goître exophtalmique; notre programme l'exige ainsi. L'une est chirurgicale, l'autre est médicale; celle-ci emprunte ses indications et ses procédés à la sérothérapie.

A. Traitement chirurgical. — Les premières opérations pratiquées sur le goître dans la maladie de Basedow n'ont été tentées que pour parer d'urgence aux accidents graves des grosses hypertrophies goîtreuses. La thèse de Bénard (1882) est le premier travail d'ensemble consacré à ce sujet. Déjà en 1873, H. Watson avait, après une ablation de goître, observé une guérison « complète » de symptômes présentant des analogies avec ceux de la maladie de Basedow. En 1874, Mac Naugthon Jones et, en 1877, Ollier virent l'amélioration se produire à la suite de l'emploi des caustiques. En 1880, Tillaux pratiqua la thyroïdectomie pour un goître simple qui avait, après quatre ans d'existence, pris l'allure et les symptômes d'un goître exophtalmique. La guérison fut radicale. Ce cas était le plus démonstratif.

A partir de cette date, les observations de goîtres traités par la thyroïdectomie se multiplient, mais ce ne sont encore que des cas de goître simple, compliqués de « quelques symptômes basedowiens ». On sait ce qu'il faut entendre par là : il s'agit presque toujours de goîtres volumineux ou de goîtres plongeants qui, comprimant le pneumogastrique, le grand sympathique et les vaisseaux du cou, déterminent un ensemble de phénomènes analogues en apparence à ceux de la vraie maladie de Basedow, mais en différant en réalité quant à leur nature. Les symptômes auxquels nous faisons allusion sont précisément ceux que Piorry avait en vue lors de la mémorable discussion académique de 1862. Ceux-là ne sont point d'origine centrale; ils sont purement d'ordre périphérique. On peut, à l'exemple de Teissier (de Lyon) et de Gauthier (de Charolles), les étudier et les décrire à part sous la rubrique de *faux goîtres exophtalmiques*. Les observations de thyroïdectomie publiées par Rehn (1884), par Weidemann (1886) et par Ollier (1887) sont relatives à des cas de ce genre. D'ailleurs, Teissier concluait : « Dans les vrais goîtres exophtalmiques, l'intervention

chirurgicale est sans succès. » La même année (1887), Wölfler, moins affirmatif, doutait que la thyroïdectomie fût efficace. Chrétien (1888) rejetait catégoriquement toute idée d'intervention chirurgicale dans le goître exophtalmique vrai. D'autre part, Freiberg, se basant sur la difficulté qu'on éprouve à différencier les cas faux des cas vrais, déplorait de n'avoir que 50 % de guérisons après la thyroïdectomie dans la vraie maladie de Basedow!

Telles furent les premières opinions émises. L'entrée en scène du corps thyroïde dans la pathogénie de la névrose modifia du tout au tout les indications opératoires. A partir de 1890, on n'hésite plus à intervenir dans tous les cas de goître, quels qu'ils soient : goîtres simples, goîtres compliqués de « quelques symptômes basedowiens », goîtres exophtalmiques vrais, tout est opéré. Les statistiques allemandes et américaines surtout s'enrichissent et se multiplient à tel point que nous renonçons à faire même la statistique des statistiques. Nous nous bornerons à citer les noms de Caird, de Rupprecht, de Stelzner, de Sprengel, de Lemke, de Poncet, de Dressmann, de Witte, de Stierlin, de Determayer, etc. En 1893, Putnam avait déjà rassemblé 41 cas de maladie de Basedow traitée par thyroïdectomie. En voici les résultats bruts :

34 guérisons ou améliorations;
4 morts;
2 cas de tétanie;
1 cas sans aucune modification.

L'année dernière, F. Lemke publiait un travail intitulé : *Qu'avons-nous à attendre du traitement chirurgical de la maladie de Basedow?* (1)

L'auteur est un partisan convaincu de l'intervention chirurgicale. Il se fonde sur des observations à lui personnelles. En 1890, deux cas (dont l'un figure parmi les plus graves qu'il ait jamais vus) présentèrent à la suite de l'opération une amélioration remarquable et persistante, équivalant à une guérison. Dans l'un de ces cas, le signe de de Græfe fut le seul reliquat de la maladie. En 1891, sur trois patients opérés, un seul succomba à l'influenza, après une amélioration notable. Un

(1) *Deutsche medicinische Wochenschrift,* 1894, n° 42.

autre fut complètement guéri. Le troisième fut perdu de vue et l'on n'en eut plus de nouvelles. Lemke signale encore trois faits inédits, également des plus favorables. Le premier concerne une malade atteinte de goître moyen avec exophtalmie très prononcée, fixité pupillaire bilatérale, signe de de Græfe, tremblement, nervosité, mouvements d'humeur, affolement du cœur, crises violentes d'asthme nocturne, amaigrissement. L'opération produisit une atténuation immédiate des symptômes, puis, progressivement, une guérison définitive. Les deux autres malades, opérés en avril et en juin 1894, sont en bonne voie de guérison. En général la guérison ne survient que d'une manière insensible et lente, mais les phénomènes graves sont presque toujours supprimés brusquement par l'intervention. Le nervosisme antérieur à l'opération n'est pas — cela va sans dire — complètement annihilé(1).

Il y a quelques semaines, Tuffier, à la suite d'une opération pratiquée chez une jeune fille atteinte de goître simple transformé en goître exophtalmique, émettait l'opinion suivante : « La thyroïdectomie partielle, s'attaquant au lobe hypertrophié, est la méthode de choix. N'ayant à son actif, jusque dans ces derniers temps, que l'expérience, elle trouve aujourd'hui un solide appoint dans les théories actuelles sur l'hyperthyroïdisation, théories qui paraissent chaque jour gagner du terrain. Elle devient donc une opération rationnelle et logique, une véritable thérapeutique *pathogénique.* »

Enfin, dans une leçon qui date de quelques jours, Heydenreich(2), ayant relevé tous les cas réunis par Briner(3) et y ayant ajouté quelques faits, arrivait à un total de 61 cas, dont la répartition est la suivante :

50 guérisons ou améliorations ;
4 morts ;
2 tétanies ;
5 insuccès.

Soit une proportion de succès de 82 %. « Il semble toutefois, ajoute Heydenreich, que plusieurs cas de mort rapide

(1) Consulter sur ce sujet les excellentes thèses de Paul Stéfani (Lyon, 1894) et Charles Solary (Paris, 1894), intitulées l'une et l'autre : *Du traitement chirurgical du goître exophtalmique.*
(2) *Semaine médicale*, 19 juin 1895.
(3) *Beiträge z. klin. Chir.*, XII 3, p. 704.

après thyroïdectomie n'ont pas été publiés et que cette statistique est trop favorable » (??)

En résumé, s'il faut en croire les chirurgiens, le seul traitement rationnel et efficace de la maladie de Basedow est l'intervention chirurgicale. Ils peuvent discuter encore sur les procédés opératoires; il n'en est que deux auxquels on doive recourir : la thyroïdectomie partielle et la ligature des artères thyroïdiennes. Kocher, partisan de la ligature, reproche à la thyroïdectomie quelques morts subites; en raison de la friabilité des vaisseaux dans la maladie de Basedow et vu la nécessité de faire l'opération aussi rapidement que possible, la plupart des chirurgiens préfèrent la thyroïdectomie.

A quel moment faut-il intervenir? Cette question est évidemment la plus grave, attendu que l'*urgence* de l'opération n'est jamais immédiate, en dehors des cas de grande compression ou de cachexie imminente. Le traitement médical, sur lequel nous n'avons point à nous étendre, compte aussi ses succès et, en tout cas, la cachexie ne survient, au pis aller, qu'une fois sur cinq *dans le goître exophtalmique vrai.* Il est donc impossible d'établir une règle générale; ou s'il en est une, on doit la formuler de la façon suivante : l'opportunité de l'opération est déterminée par le danger ou même par la menace du danger.

B. Médication thyroïdienne. — S'il est un traitement illogique de la maladie de Basedow, c'est bien à coup sûr celui qui consiste dans l'ingestion de lobes thyroïdiens! Et cependant ce traitement a été préconisé; qui plus est, il semble avoir donné quelques bons résultats! Appliquer à deux maladies contraires la même méthode thérapeutique, surtout lorsqu'il s'agit d'un médicament aussi énergique que le corps thyroïde, c'est le comble du « *similia similibus*», le comble de l'homœopathie à haute dose. Voici, croyons-nous, dans quelles conditions on en est venu à recourir à la médication thyroïdienne contre le goître exophtalmique.

Les injections ou l'ingestion du suc thyroïdien (extrait ou pulpe) avaient fait leurs preuves dans le traitement du myxœdème acquis. On les appliqua au myxœdème crétinoïde ou crétinisme myxœdémateux et ce fut avec un succès presque

égal(¹). Rien n'était plus tentant que de les employer contre le crétinisme goîtreux, et le nombre des cas heureux fut tel qu'on y vit un encouragement à utiliser la même méthode dans le goître simple. Du goître simple au goître exophtalmique, il n'y avait qu'un pas, surtout depuis qu'on faisait la part si belle aux faux goîtres exophtalmiques. Quelques physiologistes protestèrent au nom de la doctrine violée. Ils n'avaient pas eu recours eux-mêmes à cette thérapeutique paradoxale; mais elle leur semblait tout à fait contre-indiquée. Les faits ayant plus d'éloquence que la logique pure, on n'eut pas de peine à mettre au jour un certain nombre de cas dans lesquels l'administration du suc thyroïdien, non seulement avait été inutile, mais encore avait exagéré considérablement les symptômes de la maladie de Basedow (Horsley, Canter, Marie).

Nous n'avons pas d'opinion personnelle sur ce point. Il nous est cependant bien difficile de mettre en doute l'authenticité des résultats publiés par Jules Voisin, Bruns, Reinhold, Beclère, Bogrof (²). Ce dernier auteur aurait obtenu, dans douze cas de goître exophtalmique, des améliorations tout à fait remarquables. Plusieurs malades auraient pu être considérés comme complètement guéris! Ce ne sont pas seulement les symptômes généraux qui, au dire de l'auteur, auraient cédé à la médication, mais encore la tachycardie et le goître. Seule, l'exophtalmie aurait persisté. Nous attendrions volontiers, avant de recourir nous-même à cette méthode, que de nouveaux succès l'eussent définitivement consacrée.

Le thymus est un organe qui passe, à tort ou à raison, pour l'antagoniste du corps thyroïde. L'idée de traiter le goître exophtalmique par l'ingestion de fragments de thymus (ris de veau) devait venir à l'esprit. Toutes les tentatives sont permises dans cette voie nouvelle. J. Mikulicz (de Breslau) se félicite de cette thérapeutique, 10 fois sur 11 l'amélioration aurait été considérable et rapide(³).

Nous terminerons en signalant un procédé sérothérapique mis à l'essai depuis quelques mois par MM. Ballet et Enriquez.

(¹) RÉGIS. — De l'application du traitement thyroïdien au crétinisme et au goître endémiques (*Semaine médicale*, 27 février 1895).

(²) *Gazette médicale hebdomaire de la Russie méridionale*, nᵒˢ 3, 4, 5, 1895.

(³) *Semaine médicale*, 1ᵉʳ mai 1895.

Les recherches auxquelles nous faisons allusion sont trop peu avancées encore pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives. Les auteurs eux-mêmes se tiennent encore très prudemment sur la réserve; mais l'idée directrice de leurs expériences est si ingénieuse que nous aurions regretté de n'en pas dire au moins un mot. Ils ont eu l'obligeance de mettre à ma disposition quelques notes très explicites dans leur concision, et nous ne saurions mieux finir qu'en leur cédant la parole :

» Nous avons cherché à réaliser expérimentalement l'hyperthyroïdisation par différents procédés : l'ingestion, la greffe et les injections d'extrait thyroïdien glycériné, préparé selon la formule de d'Arsonval. Sans entrer dans le détail de nos expériences, nous dirons que l'ingestion, même de très fortes doses et prolongée pendant plusieurs mois, n'a pas provoqué chez tous nos animaux des phénomènes toxiques ; quelques-uns semblaient même jouir d'une immunité complète à cet égard. Il est intéressant d'opposer ce fait expérimental aux résultats rapides et constants que provoque l'ingestion du corps thyroïde chez l'homme dans le cas de myxœdème.

» La greffe, que nous avons pratiquée avec succès, soit à distance dans le péritoine, soit au niveau même du thyroïde, n'a pas été suivie non plus de symptômes bien nets.

» Par contre, l'injection sous-cutanée d'extrait thyroïdien du mouton a provoqué chez nos animaux, et cela d'une façon constante, un tableau symptomatique, identique dans ses allures mais variable dans son intensité et dans sa date d'apparition, suivant la dose injectée et surtout suivant l'âge de l'animal en expérience ; les animaux jeunes se montrent beaucoup plus sensibles à l'intoxication thyroïdienne. Les phénomènes d'intoxication consistaient au début en de la fièvre, de la tachycardie, des crises de tremblement et, souvent aussi, en une agitation accompagnée d'un certain éclat du regard. Nous n'osons affirmer qu'il y ait une exophtalmie vraie, bien qu'elle ait paru exister dans deux cas et qu'elle ait été relevée par un observateur non prévenu. Si on poursuit l'intoxication, l'amaigrissement survient très rapide (certains de nos animaux, les plus jeunes, ont perdu le tiers de leur poids en moins de huit jours), accompagné de crises de diarrhée et de malaise ; l'agi-

tation fait place à la torpeur, les animaux se meuvent difficilement, quelques-uns ne peuvent même plus se tenir sur leurs pattes; ils succombent dans le collapsus.

» Mais, en dehors de ces symptômes d'intoxication générale, les injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien, pratiquées en général dans la paroi abdominale, ont provoqué chez nos animaux des modifications importantes du côté du corps thyroïde. Chez trois de nos chiens, nous avons pu constater une tuméfaction très nette des lobes du thyroïde, tuméfaction qui, dans un cas, atteignait le volume d'une mandarine, véritable goitre expérimental ([1]). Cette tuméfaction s'est amendée avec les autres symptômes d'intoxication, fièvre, tachycardie, etc., quand on a cessé les injections, et a reparu aussitôt qu'on les eût reprises.

» Sur un certain nombre de chiens soumis aux mêmes expériences, nous n'avons pas constaté de tuméfaction appréciable des lobes thyroïdes, mais par contre, chez la plupart, nous avons pu constater des lésions histologiques importantes. Ces lésions histologiques, qui souvent transforment la glande au point de la rendre méconnaissable, consistent en une inflammation intense, à la fois interstitielle et épithéliale, aboutissant en dernière analyse à sa transformation scléreuse.

» Ainsi l'injection à distance d'extrait thyroïdien provoque dans la glande même une réaction inflammatoire des plus vives : il y a là une véritable élection. C'est un fait qu'il nous semble important de souligner : on pourrait l'invoquer pour admettre que la fonction physiologique antitoxique de la glande thyroïdienne telle qu'on la conçoit à l'heure actuelle s'accomplit dans la glande elle-même et non dans le courant sanguin, ni dans les organes.

» De plus, cette transformation scléreuse de la glande avec destruction complète des alvéoles et des cellules épithéliales, à la suite de l'hyperthyroïdisation expérimentale, pourrait expliquer aussi certains cas cliniques où l'on a vu les symptômes du myxœdème succéder à ceux de la maladie de Basedow. Elle expliquerait aussi comment, dans ces cas, certains symptômes relevant non plus d'une hyperthyroïdisation, mais bien d'une

([1]) Communication à la Société médicale des Hôpitaux, nov. 1894.

hypothyroïdisation secondaire, ont pu être améliorés par le traitement thyroïdien, ingestion de lobes ou injections d'extrait.

S'il est vrai que, chez l'homme, les symptômes observés dans la maladie de Basedow relèvent également de l'hyperthyroïdisation, nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas là l'indication d'un traitement particulier. A l'état normal, et c'est là l'hypothèse la plus vraisemblable qui semble découler de très nombreuses expériences, il se formerait dans l'organisme une substance toxique que neutraliserait la sécrétion thyroïdienne normale. L'extirpation ou la destruction du corps thyroïde permet l'accumulation dans l'organisme de cette substance toxique non neutralisée : c'est la condition pathogénique du myxœdème. Dans le cas d'hyperthyroïdisation, il y a au contraire excès de sécrétion thyroïdienne neutralisante, sans qu'il y ait suffisamment de substance toxique à neutraliser. Dans ces conditions ne pourrait-on pas essayer de diminuer les effets de l'hyperthyroïdisation par l'injection d'une certaine quantité de substance toxique à neutraliser? C'est ce que nous avons essayé de réaliser en injectant du sérum de chiens éthyroïdés à un certain nombre de malades basedowiens.

» C'est là, nous le répétons, une idée théorique dont la démonstration nécessite des recherches longtemps poursuivies. Nous pouvons cependant dire d'ores et déjà que les résultats obtenus jusqu'à présent, particulièrement chez une malade du service du Dr Brissaud, dont l'exophtalmie a diminué d'une façon très notable à la suite de ce traitement sérothérapique, nous autorisent à poursuivre nos recherches dans cette voie. »

TROISIÈME QUESTION

DES

IMPULSIONS IRRÉSISTIBLES DES ÉPILEPTIQUES

Rapport du Dr Victor PARANT,

Directeur-Médecin de la Maison de Santé privée de Toulouse.

Les impulsions irrésistibles des épileptiques appartiennent au groupe des délires de courte durée; elles le constituent même en majeure partie, ce qui leur donne, au point de vue médico-légal, une grande importance.

Leur histoire est de date toute récente. Nous qui commençons à les bien connaître, nous pouvons nous étonner que les anciens ne les aient presque pas remarquées. Ils ne connaissaient guère que la manie ou fureur épileptique. Nos grands aliénistes du commencement du siècle, Pinel, Esquirol, semblent, sur ce sujet, n'en avoir pas su davantage que leurs devanciers.

Deux maîtres plus récents, Morel et M. J. Falret, ont été vraiment les initiateurs de cette histoire. Tous deux, dans des conditions différentes et en même temps, ont appelé sur les impulsions irrésistibles des épileptiques l'attention qu'elles méritent. Morel n'en a étudié qu'une des faces. M. J. Falret, étendant ses regards, les a décrites dans leur ensemble, et la description qu'il en a faite, pour laquelle cependant il n'avait aucun guide, aucun modèle, s'est trouvée du premier coup si excellente que les traits en ont gardé leur netteté première.

Depuis le jour où parut le travail de M. J. Falret, la science médicale a fait, sur ce sujet, des acquisitions nouvelles. D'autre part, certaines particularités, principalement celle sur

laquelle Morel avait appelé l'attention, ont donné matière à des discussions, qui offrent un intérêt direct à la médecine légale et qui semblent à quelques-uns n'avoir pas encore reçu une conclusion définitive.

Pour constater ces acquisitions nouvelles, pour arriver à résoudre les points en litige, il n'est donc pas hors de propos de se livrer à une étude aussi complète que possible de la question.

Il faut considérer d'ailleurs que le sujet, au point de vue de la médecine légale, est des plus délicats. En effet, pour ceux qui ne sont pas familiers avec les choses de la médecine mentale, les délires transitoires sont une source d'étonnement constant. Les magistrats, les jurys devant lesquels, à cause d'un inculpé, le médecin a mission d'en faire connaître l'existence, manifestent parfois de la défiance à leur égard et ne veulent se laisser convaincre qu'à bon escient. Ils comprennent difficilement qu'un individu puisse n'être aliéné que pour un court espace de temps, pour un intervalle qui, dans certains cas, n'est que de quelques minutes. La science doit donc, en se présentant devant eux, leur donner toutes les garanties de certitude dont ils ont besoin.

Ces garanties, en ce qui concerne les impulsions irrésistibles, sont actuellement très grandes et doivent inspirer toute confiance. Il n'est pas inutile de le constater, tout en reconnaissant que, sur certains détails, elles visent à une solidité plus grande encore et que les recherches qui les concernent n'ont pas dit leur dernier mot.

Parmi les points qui nous semblent devoir solliciter l'attention d'une manière particulière, nous signalerons les suivants :

1° La détermination des manifestations impulsives auxquelles Morel donnait le nom d'*épilepsie larvée*, dont quelques aliénistes contestent l'existence et dont la réalité semble cependant établie par des notions probantes et certaines.

2° La précision des symptômes qui, en dehors de la connaissance des accidents épileptiques convulsifs, permettent de rattacher à l'épilepsie les impulsions qui lui sont propres.

3° La recherche des faits où les impulsions épileptiques proprement dites surviennent, en dehors des accidents convulsifs.

4° L'examen des conditions où, en dehors des impulsions proprement dites, les épileptiques doivent être considérés comme irresponsables de leurs actes.

Bien d'autres particularités méritent qu'on s'en occupe : ainsi, par exemple, la manière dont se produit la perte de la conscience dans les impulsions irrésistibles. Nous aurons à les indiquer à mesure qu'elles se présenteront à nous.

I. — De la spontanéité impulsive des épileptiques.

Il serait intéressant de savoir pourquoi les épileptiques ont des impulsions irrésistibles et de déterminer quelles sont les modifications essentielles du système nerveux qui donnent naissance à ces manifestations singulières dans lesquelles l'individu est poussé à agir parfois avec une certaine régularité, mais comme le ferait une machine mise en mouvement par un mécanisme caché, sans que son intelligence y participe comme elle a l'habitude de le faire.

Mais, dans l'état actuel de la science, rien ne permet d'arriver à cette détermination, pour laquelle on ne peut émettre que des hypothèses. Aussi, nous nous abstiendrons de nous livrer à son sujet à des considérations qui seraient sans utilité pratique; nous nous bornerons à établir le fait, qui est que les épileptiques sont sujets à avoir des impulsions irrésistibles.

Avant d'aborder l'étude de ces impulsions irrésistibles proprement dites, nous devons toutefois faire une constatation qui, au point de vue de la médecine légale, peut être d'une réelle importance. Nous devons reconnaître que tout épileptique possède en lui-même des tendances particulières, susceptibles de se manifester en bien des circonstances, et qui, sans être assimilables aux grandes impulsions, aux impulsions inconscientes, peuvent, dans une certaine mesure, en être considérées comme la base, comme le terrain de formation.

Les tendances dont il s'agit ont leur raison d'être dans la maladie même; pour les comprendre, il faut partir des notions les plus récentes sur la nature de l'épilepsie.

Les théories qui faisaient consister cette maladie en troubles essentiellement circulatoires des centres nerveux sont aujourd'hui abandonnées; ni l'anémie cérébrale ni l'hyperémie n'ont d'ailleurs jamais expliqué complètement les diverses manifestations de l'épilepsie. Sans doute encore les troubles vasomoteurs y ont de l'importance et y jouent un rôle; mais ce rôle n'est que secondaire et n'intervient que d'une manière en quelque sorte accessoire.

Ce qui semble bien plus voisin de la réalité, c'est de considérer que l'épilepsie est une maladie de nature irritative. Les recherches physiologiques entreprises pour étudier expérimentalement les fonctions du cerveau, et auxquelles sont attachés les noms de Ferrier, de Hughlings Jackson, de François Franck et d'autres, ont montré que l'irritation, que l'excitation mécanique des centres nerveux produisaient des accidents comparables à ceux de l'épilepsie, notamment pour ce qui est des convulsions, des troubles de la motilité.

De là à inférer que l'élément primordial de l'épilepsie agit de la même manière, il n'y avait qu'un pas, qui a été franchi. Hypothèse encore, dira-t-on? Sans doute, mais hypothèse bien légitime et qui paraît du genre de celles qui ont maintes fois fait avancer la science. Il ne faut pas d'ailleurs être sceptique au point de rejeter l'existence de tout ce qui n'a point été constaté directement; dans les sciences expérimentales, où la médecine tient le premier rang, les analogies suffisent pour expliquer nettement bien des phénomènes.

L'épilepsie est donc une maladie de nature irritative; elle consiste en une irritabilité chronique des centres nerveux, irritabilité toujours existante, toujours disposée à se manifester, et dont les signes se présentent d'une manière à la fois constante et continue, quoique intermittente et irrégulière.

Un autre point sur lequel tout le monde à peu près est d'accord, c'est que le mal convulsif résulte de la mise en jeu morbide de l'excitabilité réflexe des centres nerveux. A. Foville, dont nous nous plaisons à rappeler ici le nom, l'a soutenu le premier en France, en s'appuyant à la fois sur les recherches physiologiques de Marshall Hall et sur d'importantes considérations cliniques. Comme au temps où il publia son mémoire sur ce sujet on en était encore à cette croyance que l'écorce

cérébrale est inexcitable, il crut devoir se rallier à l'opinion de Marshall Hall, qui considérait la moelle allongée comme le centre producteur de l'épilepsie. Cependant on sent qu'il avait des doutes, que sa conviction à cet égard n'était pas absolue, car, allant au-devant des découvertes ultérieures, il s'est demandé si les centres supérieurs eux-mêmes ne peuvent pas participer à la production des manifestations convulsives lorsqu'ils subissent une excitation locale (1).

Les recherches des expérimentateurs dont nous avons parlé n'ont pas tardé à montrer que l'aptitude à produire l'épilepsie n'est point limitée seulement à la moelle allongée, et que, s'il y a une épilepsie spinale, il y a aussi des épilepsies dues aux irritations des extrémités nerveuses, du cervelet, enfin du cerveau, soit de certaines de ses parties blanches, notamment de la zone motrice du centre ovale, soit surtout de la substance grise corticale. C'est donc avec raison que M. Burlureaux, qui a présenté un tableau bien complet des résultats obtenus, et au travail duquel nous renvoyons pour plus amples informations, a pu dire « que la question a été étudiée avec une précision véritablement scientifique et que, malgré les immenses difficultés du sujet, on a pu arriver à des résultats concluants, qui concordent d'ailleurs de tous points avec ceux que fournit la clinique » (2).

C'est dans les centres moteurs que se développe le plus habituellement l'excitabilité réflexe de l'épilepsie; il en résulte des convulsions. Mais l'épilepsie n'est pas tout entière dans les convulsions; si celles-ci en sont le phénomène le plus ordinaire et le plus facile à constater, elles n'y sont pas seules. On y observe encore des troubles de la sensibilité. On y rencontre enfin, et c'est là ce qui pour le moment nous intéresse le plus, des perturbations qui ont un retentissement direct sur les fonctions intellectuelles.

On a coutume de comparer à une sorte de décharge électrique les accidents excito-moteurs qui sont la base du mal épileptique. D'après M. Christian, ce serait Schrœder van der

(1) A. Foville. — *Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie*, th. de Paris, 1857.

(2) Burlureaux. — Article *Épilepsie*, dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.

Kolk qui, le premier, aurait comparé le système nerveux à une bouteille de Leyde se chargeant progressivement et dont les décharges, dites ici *convulsions épileptiques*, seraient provoquées par une cause irritative quelconque [1].

La comparaison n'est point entièrement juste. L'électricité accumulée dans la bouteille de Leyde n'en sort que pour atteindre un objet extérieur. Dans l'épilepsie, le système nerveux décharge sur lui-même l'espèce d'électricité qu'il a emmagasinée ; il est à la fois l'accumulateur et l'objet frappé ; il serait peut-être plus exact de dire que cette électricité, si électricité il y a, produit ses effets à la manière d'un orage, qui éclate tantôt dans un point, tantôt dans un autre, et dont les résultats sont divers suivant les endroits qu'il frappe, suivant son intensité et suivant le nombre de ses coups. Quoi qu'il en soit, l'expression a été admise et est certainement d'un usage commode dans le langage médical.

La décharge électrique peut frapper dans les centres nerveux des points divers et donner naissance à des phénomènes différents suivant les points qu'elle touche, que ce soit un centre moteur, un centre de sensibilité, ou les parties de l'écorce cérébrale qui servent d'organe à la manifestation de l'intelligence.

Par analogie avec les convulsions musculaires, on a donné le nom de *convulsions mentales* aux phénomènes que produit l'excitation épileptique dans les centres supérieurs intellectuels. Et de même que les convulsions musculaires ont bien des degrés, tantôt générales et tantôt partielles, tantôt prolongées ou répétées, d'autres fois assez courtes et ne se manifestant que par un seul accès, de même les convulsions mentales sont très variables d'intensité, de forme et de durée.

Dans leur expression la plus grave, elles sont la manie ou fureur épileptique, la folie désordonnée et violente, dans laquelle le trouble mental et le désordre des actes sont portés à leur plus haut paroxysme.

Dans d'autres conditions, elles s'expriment par des absences, par des vertiges, par des hallucinations momentanées, par des actes subits, transitoires, automatiques, par des

[1] CHRISTIAN. — *Épilepsie, folie épileptique*, p. 35. Paris, Masson, 1890.

accidents de toute espèce, dans lesquels on reconnaît nettement la participation des territoires sensoriels et intellectuels de l'écorce cérébrale.

Ces diverses manifestations morbides sont les plus éclatantes de l'épilepsie mentale, celles où se déclare le mieux la tendance impulsive, l'impulsion irrésistible.

Mais elles ne sont en quelque sorte que l'accident. Derrière elles, à côté d'elles, il y a l'état habituel dont nous nous occupons; état auquel, comme nous l'avons dit, on n'a pas coutume de donner l'attention qu'il mérite et qui cependant, au point de vue où nous nous plaçons actuellement, au point de vue médico-légal, est réellement d'une grande importance.

Cet état habituel est précisément l'effet de l'irritabilité chronique des centres nerveux. D'une manière permanente et constante il met l'épileptique en imminence d'attaque, sans que rien puisse faire prévoir à l'avance le point sur lequel portera le choc morbide. Les centres nerveux du malade sont perpétuellement exposés à une décharge, perpétuellement en état d'excitation; l'accumulation de cette sorte d'électricité, qui est le facteur principal du désordre, les met constamment en état de crise, sans qu'aucun indice permette d'annoncer que l'attaque sera plutôt motrice ou sensorielle ou mentale. Et il suffit de peu de chose, d'un incident quelconque, parfois insignifiant en lui-même, d'un contact léger pour provoquer une décharge.

L'irritabilité chronique du cerveau des épileptiques se manifeste de bien des manières, et c'est à elle que sont dues certaines des dispositions les plus habituelles de leur caractère et de leurs tendances.

« Il y a chez les épileptiques, disent Axenfeld et Huchard, dans l'intervalle de leurs accès, des souffrances erratiques, des perversions du caractère, des excentricités ou même des troubles profonds de la pensée, quelquefois des phénomènes spasmodiques locaux, et tous ces désordres, pour n'être rien moins que la classique convulsion générale avec perte de connaissance, n'en sont pas moins l'épilepsie (1). »

C'est pour cela que l'épileptique est à la merci du moindre

(1) Axenfeld et Huchard. — *Traité des névroses*, p. 838. Paris, 1883.

événement; un rien l'émeut, l'agace, l'irrite, le trouble, lui fait perdre le peu de sang-froid qu'il peut avoir et le jette dans des excitations de caractère où certainement il ne tarde pas à perdre tout empire sur lui-même. Il se trouve ainsi exposé à des crises de colère et d'emportement terribles, furieuses, dans lesquelles il ne s'appartient plus et s'abandonne aisément aux dernières violences.

Les épileptiques qui sont ordinairement les plus doux, les plus inoffensifs, les plus calmes, disons en même temps les plus sains d'esprit, y sont exposés comme ceux dont l'irritabilité est constante. On ne peut pas plus compter sur eux que sur les autres. Ils sont également à la merci d'une décharge qui, au moment le plus inattendu et pour la cause la moins appréciable, se produira dans leurs centres nerveux. Ils peuvent inopinément prendre des dispositions contraires à leurs dispositions ordinaires, devenir susceptibles, irritables, emportés comme les pires épileptiques et se laisser involontairement aller aux actes les plus regrettables. Du reste, c'est à des tendances de ce genre que les progrès et la persistance de la maladie conduisent presque tous les épileptiques.

On peut donc poser en principe que, par le fait de leur maladie, par le fait de l'irritabilité chronique qui leur est propre, tous les épileptiques ont en eux-mêmes des tendances impulsives.

M. J. Falret, qui le premier a tracé du caractère et des mœurs des épileptiques un tableau un peu complet, tableau dont tous les traits ont gardé jusqu'ici une grande netteté, les montre, ainsi que nous venons de le dire, constamment sous la menace d'impulsions et dans un état de grande instabilité; de là, chez eux, de l'irritabilité, une grande variabilité d'humeur, de la mobilité d'esprit et une certaine irrégularité dans la parole et dans les actes [1].

L'irritabilité est certainement le trait dominant de leur caractère habituel, et la colère leur est tout à fait familière; elle surgit pour les motifs les plus légers et devant la moindre contradiction.

Leur variabilité d'humeur est extrême, leurs dispositions

(1) J. Falret. — De l'état mental des épileptiques (*Archives générales de Médecine,* 1860).

mentales sont très changeantes. Aussi ne peut-on compter sur rien avec eux, car les moindres impressions modifient d'un instant à l'autre leur manière d'être.

Leur mobilité d'esprit est en corrélation intime avec la variabilité d'humeur et elle se manifeste tantôt par une grande difficulté à réunir les idées, à tirer parti de l'intelligence, tantôt au contraire par une grande activité intellectuelle et, suivant l'expression de M. J. Falret, une circulation rapide des idées qui correspond à un certain degré d'excitation cérébrale. « La mobilité des épileptiques, dit à ce sujet M. Féré, se traduit principalement dans le domaine intellectuel par un changement brusque des idées qui apparaissent d'une manière impulsive et se fixent pour un temps pendant lequel tous les arguments sont sans force; un individu, ordinairement malléable et soumis, montre une opiniâtreté invincible, sans rapport avec le peu d'importance de l'objet. Les idées explosives s'objectivent non seulement par des écarts violents de la conduite, mais par des irrégularités plus ou moins bizarres; un commis expéditionnaire qui a passé quelque temps dans mon service, introduit dans les pièces qu'il copie des phrases qui expriment ses idées impulsives et qu'il est tout étonné de trouver quand il se relit (1). »

« Les épileptiques, dit encore au même endroit M. Féré, ont un caractère essentiellement mobile et explosif. Non seulement ils changent d'allures et de manière d'être d'un moment à l'autre; mais ces changements se font souvent avec la brusquerie d'un coup de théâtre. Chez quelques-uns, cette mobilité ne se manifeste que momentanément, en périodes interrompues par d'autres périodes de calme; chez d'autres, au contraire, elle est permanente; la vie de ces individus semble constituée d'une succession de paroxysmes, séparés seulement par les périodes de réparation.... Le plus souvent la modification s'opère sans transition, comme un changement à vue. On retrouve dans ces différentes modifications du caractère des épileptiques des ébauches de la folie circulaire ou folie à double forme, que l'on a déjà rapprochée du processus épileptique. »

(1) FÉRÉ. — *Les épilepsies et les épileptiques*, p. 420. Alcan, Paris, 1890.

Une particularité clinique intéressante montre clairement que c'est bien l'épilepsie qui imprime au caractère et aux mœurs des individus des tendances impulsives; c'est que les diverses dispositions dont nous venons de parler se forment souvent, s'accentuent ou s'aggravent au voisinage des attaques convulsives, et cela fait que dans l'entourage des malades on peut prévoir l'imminence des accès d'après les modifications du caractère. Ball emploie à ce propos une parole très expressive: « Chez certains sujets, dit-il, aux approches de l'accès convulsif, les troubles du caractère s'aggravent d'une manière exquise [1]. » Ce qui est dû à ce qu'en effet, d'une manière générale, l'épilepsie tient constamment les malades en imminence d'explosion morbide, et que les centres nerveux se montrent d'une sensibilité extrême aux moindres impressions qui les atteignent.

Telles sont les données qu'il importait de constater et qui, comme nous l'avons dit en commençant, ont une grande importance pour la médecine légale des épileptiques. Nous aurons plus tard à en faire l'application.

II. — Des impulsions irrésistibles liées aux manifestations convulsives de l'épilepsie.

Les manifestations convulsives de l'épilepsie se présentent sous deux formes principales : d'une part, les grandes attaques, d'autre part, les phénomènes auxquels on donne les noms d'*absences* et de *vertiges.*

Les grandes attaques sont caractérisées au plus haut degré par les convulsions auxquelles l'épilepsie peut donner lieu, et de ce côté la nature convulsivante de la maladie est de toute évidence.

On doit également comprendre les absences et les vertiges dans les formes convulsives de la maladie. Bien que l'élément convulsif y soit moins manifeste que dans les grandes attaques, bien que quelquefois même il semble y faire défaut, il existe

[1] Ball. — *Leçons sur les maladies mentales*, p. 504. Paris, 1880.

cependant, et une observation attentive permet de l'y reconnaître, ne serait-ce qu'à l'état rudimentaire. La convulsion n'existe que partiellement dans tel ou tel muscle ou dans un groupe de muscles ; ce sont des mouvements bizarres de la face, des grimaces, des contorsions de la mâchoire, un mâchonnement des plus singuliers; les muscles du pharynx se contractent de telle manière que le malade paraît accomplir brusquement l'acte de la déglutition; il y a de la trémulation convulsive des lèvres ou des paupières; enfin, on voit se produire dans les bras et dans les mains des mouvements spasmodiques qui font que, si le malade tient quelque objet, il le projette loin de lui. M. Féré, qui a donné à la recherche de ces convulsions rudimentaires dans le vertige et dans l'absence une attention toute particulière, a reconnu que presque toujours il est possible de les y constater (1). Les choses se passent souvent comme chez un malade observé par M. Carrier qui, au moment où survenait l'absence, le vertige, pâlissait et se tenait immobile, mais avait les doigts animés de petits mouvements automatiques et continus (2).

C'est donc à bon droit que nous considérons les absences, les vertiges et les grandes attaques, comme ne formant que des modalités différentes de l'épilepsie convulsive et que nous les réunissons dans l'exposé des diverses espèces d'impulsions qui leur sont corrélatives.

Les épileptiques sont sujets à avoir des impulsions irrésistibles qui, suivant les cas, précèdent, accompagnent ou suivent les crises convulsives.

Les limites du temps pendant lequel les impulsions peuvent précéder une crise ne sont généralement pas très étendues; c'est d'ordinaire dans un intervalle de quelques heures au plus qu'on les voit se produire. Cependant, si l'on en croit quelques auteurs, elles peuvent devancer de trois ou quatre jours. Clouston (3) parle dans ce sens. Billod, cité par Ball (4), rapporte un cas où des accès convulsifs ont été pendant trois jours précédés par une crise de manie de nature impulsive.

(1) Féré. — *Des épilepsies et des épileptiques*. Paris, 1890.
(2) Albert Carrier. — *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, p. 38. Lyon, 1883.
(3) Clouston. — *Clinical Lectures on mental diseases*. London, 1883.
(4) Ball. — *Leçons sur les maladies mentales*, p. 506. Paris, 1880.

Des faits de ce genre, si exceptionnels qu'ils soient, ne permettent pas d'assigner des bornes déterminées au temps pendant lequel des impulsions peuvent précéder une attaque convulsive. La seule chose qui serait à préciser, si elle avait de l'intérêt au point de vue médico-légal, serait la relation qui, dans un cas donné, pourrait exister entre une impulsion et la manifestation convulsive qui la suit de plus ou moins près.

Une question qui ne manque pas d'intérêt est de savoir si les impulsions qui précèdent une attaque peuvent en être considérées comme une sorte d'aura prémonitoire.

En général, on réserve le nom d'*aura* à un phénomène de courte durée, immédiatement antérieur à l'attaque et qui peut affecter le système moteur, la sensibilité générale, les organes de la sensibilité spéciale, quelquefois aussi l'intelligence. Cependant, il semble plus rationnel de donner ce nom aux phénomènes quelconques qui, à divers degrés, annoncent et préparent une attaque convulsive. Telle semble être l'opinion de M. Christian qui, parlant du délire antérieur à l'attaque, dit : « C'est une aura intellectuelle qui constitue le signe avant-coureur certain de l'attaque », et qui ajoute que, chez beaucoup d'épileptiques, l'accès convulsif est annoncé plusieurs heures ou plusieurs jours à l'avance, par un changement d'humeur ou de caractère, par de l'exacerbation hypocondriaque, par des actes instinctifs, par des impulsions irrésistibles, enfin par le besoin de mouvement (1). Gowers n'hésite pas à considérer les impulsions qui précèdent l'attaque comme des sortes d'auras (2). C'est également l'avis de M. Féré qui, décrivant les auras psychiques, celles où la perturbation mentale se trouve particulièrement en cause, ajoute : « Quelquefois l'excitation se manifeste par des impulsions irrésistibles plus ou moins violentes; les malades font des fugues, commettent des actes bizarres ou inconvenants, qui se terminent ou sont interrompus par l'attaque (3). »

Inutile d'insister davantage sur ce point, qui en médecine

(1) Christian. — *Épilepsie, folie épileptique.* Paris, 1890.
(2) Gowers. — *De l'épilepsie,* traduct. A. Carrier.
(3) Féré. — *Des épilepsies.*

légale n'a qu'un intérêt secondaire. Ce qu'il importe de savoir, c'est que divers états d'impulsion peuvent précéder les attaques convulsives et sont en rapport intime avec elles.

Ces impulsions sont souvent liées à des hallucinations des divers sens, notamment de la vue. Les malades voient autour d'eux des objets terrifiants, ou bien il leur semble que tout ce qui les entoure s'agite et les entraîne dans un mouvement irrésistible. Un militaire, dont parle M. Magnan, voyait, au début de ses attaques, les objets sautiller; les hommes, les arbres prenaient à ses yeux des dimensions gigantesques. Un autre individu, mentionné par le même auteur, se levait au milieu d'une conversation, écoutait, interpellait un ennemi imaginaire, se lançait vers une porte et tombait aussitôt. Chaque attaque était précédée de la même scène dont le malade n'avait pas conscience. Néanmoins, il eût frappé toute personne et renversé tout obstacle qui se fût opposé à sa course impulsive (1). M. Burlureaux (2), M. Voisin (3) parlent d'épileptiques qui, avant leurs attaques, se voyant entourés de flammes, cherchaient à se précipiter par la fenêtre pour y échapper.

Les impulsions qui précèdent les attaques convulsives peuvent être tantôt de nature purement motrice et se borner à des actes dans lesquels il ne se produise que des mouvements mécaniques; tantôt de nature purement intellectuelle et consister en impressions limitées à l'intelligence; enfin, et c'est le cas le plus fréquent, elles consistent en actes variés où l'on trouve une part d'intervention simultanée plus ou moins grande de l'élément moteur et de l'élément intellectuel.

La forme la plus remarquable d'impulsion purement motrice est celle qui a été décrite sous le nom d'*épilepsie procursive* (4). Cette forme d'impulsion consiste essentiellement en

(1) Magnan. — *Leçons cliniques sur l'épilepsie.*
(2) Burlureaux. — Art. *Épilepsie* du *Dict. encycloped. des Sciences médicales.*
(3) Voisin. — Article *Épilepsie* du *Diction. de Méd. et de Chirur. pratiques.*
(4) Bourneville et Bricon. — De l'épilepsie procursive (*Archiv. de Neurol.*, 1887).
Mairet. — De l'épilepsie procursive (*Revue de Médecine*, 1889).
Delbreil. — *De l'épilepsie procursive*, th. de Lille, 1889.
E. Noguès. — Trois cas d'épilepsie procursive (*Bull. de la Société de Médecine de Toulouse*, 1895).

une tendance au mouvement telle que le malade est entraîné droit devant lui, marchant ou plutôt courant avec rapidité, sans tenir aucun compte des obstacles. Dans quelques cas, la course en avant constitue ainsi seule tout l'accès d'épilepsie; mais le plus ordinairement, elle est terminée plus ou moins brusquement par l'attaque convulsive. Elle se produit d'une façon irrésistible et parfois avec une telle violence qu'on a grand'peine à contenir les malades. La course propulsive se fait généralement en droite ligne, sans souci de ce qui peut l'entraver, et ce n'est que dans les cas exceptionnels que le malade reconnaît les obstacles et les évite. Un individu, dont M. Mairet a rapporté l'histoire, s'arrêtait lorsqu'il arrivait devant un mur, le sautait et se remettait à courir jusqu'à ce qu'il fut épuisé. Un malade de M. Hammond (1) franchissait les haies de la même manière. Dans une des observations qu'il produit et qu'il doit à M. Lemoine, M. Delbreil montre une malade qui se lève subitement et qui, malgré les efforts faits pour la contenir, d'un mouvement brusque se débarrasse de ses gardiennes et s'élance tête baissée, courant vers le fond de la cour. Sa course est si rapide qu'il est impossible de l'atteindre et de prévenir sa chute; dès qu'elle est tombée, son accès continue par les mouvements convulsifs ordinaires. Un procursif, traité par M. E. Noguès, sentant venir un de ses accès, pose à terre un fardeau dont il était chargé et aussitôt s'enfuit à toutes jambes, au grand ébahissement de la personne qui l'employait et qui, croyant à une mauvaise plaisanterie, ne trouve rien de mieux à faire que de l'invectiver en l'appelant « polisson ». Ce malade aurait aussi pu courir en emportant son fardeau et être accusé d'avoir voulu le dérober.

La course propulsive n'est pas toujours aussi accélérée que nous venons de le voir; il arrive aussi parfois que les mouvements se produisent autrement qu'en ligne droite; ainsi, l'épileptique tourne en rond ou bien il se met à sauter; brusquement, il bondit plusieurs fois sur place ou franchit un banc près duquel il se trouve; quelquefois enfin, sa course se compose d'une série de mouvements irréguliers ou de sauts désordonnés.

(1) Hammond. — *Traité des maladies du système nerveux*, traduct. Labadie-Lagrave, p. 785. Paris, 1879.

M. Delbreil fait remarquer que le plus souvent l'attaque convulsive qui est précédée d'une impulsion procursive est très violente.

Parmi les impulsions des épileptiques, il y en a une variété, celle que l'on désigne sous les noms de *fugue,* de *vagabondage,* d'*automatisme ambulatoire,* qui peut, dans une certaine mesure, être considérée comme une sorte d'impulsion procursive. Ils sont bien réellement entraînés devant eux, ces malades qu'on voit quitter brusquement leur domicile et s'en aller plus ou moins loin, après avoir accompli, à marches forcées, des trajets parfois considérables. Toutefois les fugues proprement dites comprennent, outre la marche en avant, une série d'actes complexes qui en font une manifestation toute spéciale.

Les phénomènes dans lesquels l'élément impulsif ne se traduit par aucun signe extérieur et reste limité à des impressions purement intellectuelles pourraient, à la rigueur, se voir contester le nom d'*impulsions.* Cependant, il y a bien réellement là impulsion, car le malade se sent entraîné malgré lui à ce qu'il voudrait éviter et quoique son trouble ne se manifeste pas encore par des actes, sa volonté et toute son intelligence sont réellement dominées d'une manière irrésistible.

Une observation de M. Féré donne une idée de ce que peuvent être les impulsions de ce genre, où l'obsession domine. Cette observation concerne un individu, âgé de vingt-sept ans, épileptique depuis près de quinze ans, dont les accès étaient précédés d'obsessions tantôt bizarres, tantôt effrayantes ou encore de doutes pénibles. Il se demandait si Dieu existe, et lorsque le doute en arrivait à une grande angoisse, il pouvait s'attendre à ce qu'une attaque se produisît. Lorsqu'il revenait à lui, après l'attaque, il avait un moment douloureux, parce qu'il se souvenait de ses doutes précédents. Un jour que l'idée de Dieu s'était ainsi fortement imposée à lui et que d'ailleurs il était un peu excité[1], il fut sur le point de mettre à exécution un projet de vengeance qu'il méditait depuis long-

[1] FÉRÉ. — *Des épilepsies*, p. 83.

temps. La conservation de la conscience et du souvenir, dans les cas de ce genre, en fait une catégorie un peu à part; nous avons cru devoir cependant les indiquer ici pour ne rien omettre des conditions où les impulsions peuvent précéder les manifestations épileptiques.

Restent enfin les actes impulsifs de toute sorte, dans lesquels se mélangent en proportion variable l'activité motrice et l'activité intellectuelle. Ici, malgré la part prise par l'activité intellectuelle, les actes, qui consistent en une série d'opérations plus ou moins complexes, ont un caractère marqué d'automatisme. Herpin cite plusieurs cas où des actes de ce genre ont précédé des attaques convulsives. Le fils d'un médecin, pris un jour à table devant son père, jette au loin le verre dont il buvait le contenu et perd ensuite connaissance; une autre fois, saisi au milieu d'un jeu dans la cour d'un lycée, il entre sans tunique dans une classe qui n'était pas la sienne, insulte un maître d'études, puis se raidit et tombe. Le neveu d'un autre médecin étant à table et mangeant, en présence de son oncle, se lève brusquement et, par des mouvements désordonnés, mais non convulsifs, renverse les objets qui étaient devant lui et n'est arrêté que lorsque survient l'attaque convulsive [1]. Nous avons eu nous-même tout récemment à nous occuper d'un épileptique, sujet à des attaques convulsives fréquentes, en ayant eu jusqu'à huit par jour, et qui, souvent, avant ses attaques, se livrait à des actes divers; le plus ordinairement, il se mettait à changer de place, avec rapidité, les meubles de la pièce où il se trouvait, ou bien il les accumulait tous ensemble; il changeait encore les objets placés sur la cheminée, ceux d'une étagère, le linge des armoires. Cela durait quelques instants, puis se terminait brusquement par l'attaque convulsive.

Parmi les troubles impulsifs qui peuvent se produire avant l'attaque, il faut noter enfin les états qui revêtent les formes extérieures d'une maladie mentale nettement déterminée et qui, suivant les degrés, se rapprochent de la manie simple aiguë ou de la fureur maniaque la plus violente. Suivant Echeverria, les cas de ce genre seraient très fréquents. « On

[1] Herpin. — *Des accès incomplets d'épilepsie*, p. 122. Paris, 1867.

rencontre, dit-il, un nombre considérable de cas où l'accès convulsif s'annonce par une période maniaque plus ou moins prolongée et d'extrême intensité, particulièrement signalée par MM. Delasiauve, J. Falret, Cavalier et d'autres aliénistes (1). » Gowers, sans contester absolument l'existence de ces accès de manie antérieurs à l'attaque convulsive, est au contraire loin de reconnaître qu'ils soient fréquents; il se borne à en admettre la possibilité et à dire qu'il ne se croit pas en droit de nier leur existence (2).

Cette existence est cependant bien certaine; des observations indiscutables sont là pour l'établir. M. J. Falret en a rapporté, qu'il a résumées avec une brièveté saisissante, d'autant mieux faites pour en montrer la valeur (3). Il s'appuie d'ailleurs lui-même sur l'autorité de M. Dagonet et de Renaudin, qui tous deux expriment, en outre, cette considération remarquable que, chez certains malades, l'attaque convulsive survenant à la suite d'un état maniaque lui sert en quelque sorte de crise et fait cesser tout à coup le délire. Tout récemment, M. Savage a émis une opinion du même genre, appuyée sur un exemple démonstratif. « On rencontre, dit-il, des malades qui ont de courts accès de folie, généralement de forme maniaque, chez qui l'arrivée de l'état convulsif rétablit l'état normal et éclaircit l'atmosphère mentale. Une jeune femme que j'ai soignée était d'ordinaire aimable, enjouée, agréable de toute manière; mais dans les quelques jours qui précédaient une attaque d'épilepsie, elle devenait inquiète, agitée, d'un caractère acariâtre; elle perdait alors le sommeil et faisait quelquefois du tapage la nuit. Cette période d'excitation et d'inquiétude durait quelques jours; un accès convulsif, qui se produisait toujours la nuit, survenait alors, suivi d'une courte période de langueur, et le calme revenait ensuite dans l'esprit (4). »

Nous n'insistons pas davantage sur ces dernières impul-

(1) ECHEVERRIA. — La folie épileptique (*Comptes rendus du Congrès de Médecine mentale de Paris*, 1878).

(2) GOWERS. — *Traité de l'épilepsie*, traduct. Carrier, p. 193.

(3) J. FALRET. — De l'état mental des épileptiques (*Archives générales de Médecine*, 1860).

(4) G. SAVAGE. — Article *Epilepsy and insanity* dans le *Dictionary of psychological Medicine* de Hack Tuke.

sions, en tant que signes précurseurs des attaques convulsives que nous venons d'examiner en dernier lieu, délire maniaque, actes impulsifs divers, parce que nous allons les retrouver comme conséquence de ces mêmes attaques.

Arrive-t-il qu'il y ait des impulsions irrésistibles au cours même des attaques convulsives?

En ce qui concerne les attaques complètes, on peut formellement répondre par la négative. A partir du moment où il a été saisi et tant que dure la période des grands mouvements spasmodiques, le malade, tombé comme foudroyé, est tout à fait anéanti; devenu insensible, il subit sur place l'influence de son mal et se trouve dans l'impossibilité réelle d'avoir des impulsions. Il lui arrive bien quelquefois alors de commettre des actes nuisibles, de déranger les objets qui sont à sa portée, de risquer de mettre le feu, mais ces actes sont le fait des mouvements convulsifs plutôt que d'une impulsion véritable.

Pour les absences et les vertiges, on ne peut pas se prononcer d'une manière aussi nette et il y aurait à faire des recherches pour déterminer si les impulsions qui se produisent au moment même de ces manifestations de l'épilepsie convulsive en font partie intégrante ou n'en sont que la suite et la conséquence. Autrement dit, il y aurait à reconnaître si les absences et les vertiges sont des attaques instantanées et courtes ou si elles peuvent avoir une certaine durée.

Plusieurs cas peuvent se présenter. Un épileptique est pris d'une attaque incomplète, on le voit continuer à faire l'acte qu'il accomplissait à ce moment. S'il marche, il continue d'avancer; s'il est occupé à sa profession, il continue le travail en train. Il peut même continuer d'écrire régulièrement une phrase commencée. M. Besson a cité le cas d'un perruquier qui pouvait continuer à raser ses clients [1]. Il eût pu, à la vérité, tout aussi bien leur couper la gorge. Dans les conditions que nous examinons, les choses se passent souvent de telle sorte que dans l'entourage des malades on ne se doute pas de la crise qu'ils viennent de traverser. Peut-on réellement donner le nom d'*impulsions* aux actes accomplis dans des

[1] Besson. — *Considérations physiologiques sur la pathogénie de l'épilepsie*, p. 44, th. de Paris, 1869.

conditions de ce genre? M. Christian remarque que ces actes se rapprochent le plus souvent de ceux auxquels le malade a l'habitude de se livrer dans ses moments de lucidité ou que du moins ce sont des actes communs, en quelque sorte élémentaires(1). Ce sont assurément là des actes automatiques, accomplis en vertu d'une sorte de réminiscence toute mécanique. Mais il semble bien qu'on ne puisse pas leur donner le nom d'*impulsions*.

La même interprétation ne peut pas s'appliquer à des actes qui ne sont ni la suite des actes commencés avant l'attaque ni des actes familiers au malade. Il en est ainsi, par exemple, de certains outrages publics à la pudeur, notamment de faits d'exhibitionnisme, dont nous aurons à nous occuper avec quelques détails et qui peuvent être commis subitement au moment d'un vertige ou d'une absence. Il en est encore ainsi des tendances qu'ont certains malades à se déshabiller instantanément, à faire une violence subite. Quoi de plus saisissant à cet égard que le fait cité par Tardieu, d'un ouvrier qui, marchant dans la rue, en train de manger, son couteau à la main, plonge inopinément ce couteau dans la poitrine d'un passant et continue son chemin et son repas, sans se douter de ce qu'il vient de faire?

Dans ces circonstances, l'absence, le vertige sont courts, l'acte est instantané, le tout ne dure souvent que quelques secondes; il est difficile de ne pas les confondre et de ne pas admettre qu'ils ne fassent qu'une seule et même chose. Ce sont bien là des cas où l'on peut dire que l'impulsion s'est produite exactement pendant l'attaque.

Reste le cas où la durée du vertige ou de l'absence semble se prolonger et se transformer en une phase d'impulsion. C'est alors que, par exemple, on voit les individus sortir de chez eux, marcher droit devant eux pendant un temps variable. Tel malade, comme celui de M. A. Carrier dont nous avons parlé tout à l'heure, sort dans la rue, fait un assez long trajet et rentre chez lui sans accident, sans qu'il ait eu conscience ou du moins sans qu'il ait gardé le souvenir de ce qu'il a fait. Tel autre, en train de marcher, continue de

(1) CHRISTIAN. — *Épilepsie*, p. 25.

le faire, mais quand il revient à lui, se trouve dans une direction tout autre que celle qu'il devait suivre, loin de son chemin normal, loin de ses affaires, parfois réellement égaré et ne sachant où il est. Pour y arriver, il lui a fallu un certain temps, quelquefois plusieurs heures. Tout cela était-il encore l'absence et le vertige ou bien l'évolution d'une impulsion commencée avec eux et leur ayant fait suite, sans qu'il soit possible de trouver entre l'un et l'autre aucune ligne de démarcation ? M. Christian paraît croire qu'en pareil cas il s'agit d'une prolongation de l'attaque incomplète, au cours de laquelle l'impulsion se produit.

Axenfeld et Huchard semblent aussi du même avis. Cependant leur opinion présente quelque incertitude. Ils disent, en effet, que le vertige, dont l'absence n'est qu'une forme, peut être accompagné ou suivi d'une espèce de délire très court des actions et des idées [1].

Cette particularité, quoiqu'elle soit en réalité d'une importance restreinte, mériterait cependant d'être élucidée.

Quoi qu'il en soit, on peut admettre, jusqu'à nouvel ordre, que si le tout n'a qu'une courte durée, les deux phénomènes ne font qu'un. Mais il semble plus rationnel de dire qu'une période impulsive, ayant comme marque initiale l'attaque incomplète, en est réellement distincte et la suit sans la continuer. Tels ces accès de vagabondage qui durent plusieurs jours, telles ces actions complexes qui durent de longues heures, et dans lesquelles le malade accomplit des actes où l'on est en droit de supposer qu'il a, sur le moment même, une certaine conscience de ce qu'il fait. Nous rangerions dans cette catégorie les cas que M. Christian rattache aux vertiges, dans lesquels les malades interpellés répondent aux questions qu'on leur fait et n'accomplissent pas leurs actes avec une continuité strictement mécanique.

Pour ce qui concerne les impulsions consécutives aux attaques, nous nous trouvons également en présence de plusieurs ordres de faits. Il y a, d'un côté, les cas où ces impulsions se produisent d'une manière calme, sans qu'il s'y mêle le moindre

(1) Axenfeld et Huchard. — *Traité des névroses*, p. 788. Paris, 1883.

élément d'excitation. Les malades paraissent accomplir des actes de la vie de chaque jour; on dirait qu'ils le font avec une certaine conscience, et cependant lorsqu'ils reviennent à eux, ils n'en ont conservé aucun souvenir. D'un autre côté, au contraire, il y a les impulsions qui se développent au milieu d'un appareil d'agitation maniaque plus ou moins prononcée. Dans le premier cas, les actes se rapprochent du véritable automatisme; dans l'autre, l'automatisme, qui cependant y existe, se trouve caché derrière les apparences que le trouble maniaque donne aux tendances impulsives.

L'impulsion survient plus ou moins rapidement à la suite d'une manifestation convulsive épileptique.

Le plus souvent, surtout à la suite des grandes attaques, le malade tombe dans un engourdissement profond; son sommeil est lourd et rien ne peut l'en tirer. Il peut rester ainsi de quelques minutes à plusieurs heures, et quand il se réveille, tout hébété d'abord, il met un certain temps à réunir ses idées et ne se souvient de rien de ce qui vient de se passer. Mais, dans d'autres cas, les choses ne se terminent pas ainsi et c'est alors qu'on voit survenir les phénomènes impulsifs.

Il y a des malades qui, avant de tomber dans le sommeil profond dont nous venons de parler, ont comme un moment de répit et peuvent alors se montrer soit raisonnables, soit déraisonnables. Herpin signale ainsi des cas où le malade, avant de s'endormir, recouvre en apparence toutes ses facultés intellectuelles, répond nettement, donne quelquefois à ses proches des témoignages de tendresse dont au réveil il ne conserve cependant aucun souvenir. Mais des individus, observés par le même auteur, se sont mis à ce moment à parler une langue étrangère, un patois, en s'adressant à des personnes incapables de les comprendre. D'autres se livraient à des actes qu'ils avaient l'habitude de faire [1].

Les faits de ce genre ne sont pas communs; on en pourrait dire autant de ceux qui ont été signalés par Echeverria et dans lesquels il s'écoule plusieurs jours entre l'attaque convulsive et la production d'actes impulsifs. Tel était notamment le cas d'un jeune homme qui, toutes les trois semaines, éprouvait

[1] HERPIN. — *Des accès incomplets d'épilepsie*, p. 135.

des attaques nocturnes précédées par plusieurs accès de petit mal. La semaine après chaque attaque, il se mettait à montrer de l'exaltation dans les idées, se croyant un grand homme, poursuivi par des gens qui voulaient le voler. Il se promenait dans sa chambre, exécutant les actes les plus grotesques et les plus obscènes, salissant toute sa personne avec ses excréments. On était alors obligé de le contenir et il ne se remettait qu'après un long et lourd sommeil[1]. La régularité avec laquelle ces sortes de crises impulsives revenaient après les attaques impulsives, indique bien qu'il y avait un rapport intime entre les unes et les autres. On pourrait toutefois se demander, eu égard au sommeil profond qui terminait l'agitation, s'il ne s'agissait point là d'une attaque transformée.

Ce qui est d'ailleurs le plus ordinaire, c'est de voir l'impulsion suivre à courte distance l'attaque convulsive, incomplète ou complète. Dans la plupart des cas, les deux se tiennent immédiatement, sans solution de continuité. Mais il peut arriver qu'il s'écoule quelques moments entre l'une et l'autre. Clouston dit ainsi que plusieurs heures et même une journée peuvent s'écouler entre l'accès impulsif et la manifestation épileptique; il constate également qu'une série d'accès aboutit plus facilement qu'un seul au trouble mental et à l'impulsion irrésistible[2]. Disons encore que, lorsque les attaques épileptiques sont suivies de sommeil, c'est à la fin de celui-ci que peut commencer, même immédiatement, l'accès impulsif.

Quelles que soient les conditions dans lesquelles celui-ci survient, il peut, de même que celui qui précède une attaque, revêtir des formes multiples. Tantôt il consiste en actes faits avec calme, sans que rien puisse, pour un observateur inattentif, trahir le trouble intérieur de celui qui les accomplit. Peut-être le malade en a-t-il conscience à ce moment même quoiqu'il puisse les oublier plus tard. Tantôt il survient un état d'excitation maniaque relativement légère où des actes nombreux, de toute nature, sont accomplis avec ou sans désordre. Quelquefois enfin, il y a une excitation maniaque violente, furieuse et des plus désordonnées.

(1) Echeverria. — *Comptes rendus du Congrès de Médecine mentale de Paris*, 1878.

(2) Clouston. — *Clinical Lectures*. London, 1883.

Les actes impulsifs accomplis en dehors de toute excitation maniaque peuvent être sans gravité aucune ; il y en a même, comme le remarque M. Magnan, qui sont réellement grotesques et risibles. Mais, à partir de ceux-là, on peut, par une échelle graduellement ascendante, arriver jusqu'aux actes de la plus extrême gravité. Les moins fâcheux sont ceux dans lesquels les malades se mettent à déranger les objets qui sont autour d'eux ou font des choses qui leur sont coutumières, qui tiennent à leurs habitudes ou à l'exercice de leur profession. Au-dessus de cela sont les impulsions dans lesquelles il y a déjà des agressions contre autrui ; le malade frappe les personnes qui sont près de lui et cherche à leur faire du mal. Quelquefois, à ce degré, l'état impulsif consiste en un grand besoin de marcher, de faire des courses sans but déterminé, au hasard. C'est dans ces courses où l'impulsif accomplit des actes complexes que, comme nous venons de le dire, il agit comme s'il avait conscience de ce qu'il fait. Cependant, il y met d'habitude une vivacité d'action qui peut faire soupçonner son état de trouble, comme il arriva pour cet épileptique dont parle Brierre-de-Boismont qui, à la suite d'un accès, se trouvant à la campagne, occupé aux travaux de la moisson, saisit une faux et se précipitant à travers champs coupa, avec une extrême rapidité, tout ce qui se trouvait devant lui. Enfin, au plus haut degré, sont des actes épouvantables : l'incendie, le suicide, l'homicide, qui peuvent être accomplis avec un calme relatif, sans que rien dans les dispositions extérieures de l'individu puisse faire prévoir un si terrible événement.

Les faits suivants, relatés par M. Christian, donnent une idée de ce qui se passe dans ces divers cas :

R... est foudroyé par une attaque ; un de ses camarades s'approche et veut lui venir en aide. Au même instant R... saisit son vase de nuit et le brise sur la tête de celui qui venait à son secours.

La femme L..., âgée de cinquante ans, épileptique depuis l'âge de huit ans, avait depuis quelque temps des attaques plus fréquentes et plus fortes. Elle avait pris chez elle une de ses parentes qui devait la soigner et elle la faisait coucher dans sa chambre. Une nuit, après une crise, elle prit son vase de nuit

et en asséna un coup tellement violent sur la tête de sa compagne, qu'elle l'étendit à ses pieds, grièvement blessée et évanouie.

Un épileptique, remarquable par son extrême violence, eut une attaque pendant qu'il prenait un bain et disparut sous l'eau. Il fallut de longs efforts pour combattre le commencement d'asphyxie; au bout d'une heure seulement le malade revint à lui et incontinent il se mit à assaillir à coups de pied et à coups de poing ceux qui lui donnaient assistance.

Ce sont bien là, comme le remarque M. Christian, des types d'impulsions soudaines, irréfléchies, non motivées, telles qu'elles se produisent souvent chez les épileptiques après leurs accès (1).

Quand les actes n'ont pas un caractère de gravité aussi marquée, ils peuvent cependant être nuisibles d'autre manière. Un malade qui cherche à s'échapper frappe ceux qui veulent le retenir. Un autre vous saisit la main et la serre jusqu'à vous arracher une exclamation de douleur. Herpin parle d'une jeune fille qui, dans l'état d'impulsion, quoique pudique et bien élevée, résistait quand on voulait l'empêcher de relever ses jupes. Une épileptique d'une trentaine d'années, appartenant à la haute société, se mettait quelquefois à genou sur un trottoir et faisait des signes de croix. La même personne, dans une autre circonstance, saisit son valet de chambre par le corps, évidemment sans intention malveillante, et cherchait à le renverser en luttant avec lui. Dans son état normal, elle n'était nullement familière avec ce domestique (2).

Un certain nombre des actes qui se produisent dans les conditions que nous venons d'indiquer ont une importance toute spéciale au point de vue médico-légal et nous devrons leur consacrer plus loin une place à part.

Lorsque les impulsions irrésistibles font partie d'un ensemble morbide dans lequel prédomine un certain degré d'excitation maniaque, on voit le malade s'agiter et se livrer à des mouvements plus désordonnés que violents. Il est porté à interpeller les personnes qui l'avoisinent, à dire des mots grossiers, des injures. Il parle, comme font les maniaques,

(1) Christian. — *Épilepsie.*
(2) Herpin. — *Des accès incomplets d'épilepsie,* p. 153.

d'une façon continue et incohérente. Peut-être faudrait-il alors peu de chose pour augmenter son trouble et le porter à des impulsions plus graves.

La manie furieuse est une des manifestations les plus graves et en même temps les plus saisissantes de l'épilepsie; elle peut se produire brusquement, avec une soudaineté terrifiante et met promptement les malades dans un état de violence qui les rend extrêmement dangereux. « La fureur des épileptiques, dit Esquirol, qui éclate après l'accès, rarement avant, est aveugle et en quelque sorte automatique; rien ne peut la dompter, ni l'appareil de force ni l'ascendant moral, qui réussissent si bien à l'égard des autres maniaques furieux. Cette fureur est si redoutable et si redoutée, que j'ai vu, dans un hospice du Midi, tous les épileptiques enchaînés chaque soir sur leur lit, à cause de la crainte qu'ils inspiraient [1]. » Quand on n'a pas vu des épileptiques en cet état, il est difficile de se faire une idée de ce qu'ils sont; leur excitation maniaque, leur violence, leur aspect tout entier sont ce qu'il y a de plus terrible au monde, et leur force est alors tellement décuplée que plusieurs personnes réunies, si vigoureuses qu'elles soient, ont de la peine à les contenir. On conçoit aisément que, dans cet état, les malades, poussés par un entraînement formidable, peuvent commettre des actes de toute gravité. Nous aurons à revenir sur quelques-uns des caractères de la manie furieuse épileptique, quand nous étudierons en détail les signes des impulsions irrésistibles des épileptiques.

Nous sommes entré dans des développements assez longs sur les impulsions qui précèdent les manifestations convulsives de l'épilepsie; si nous l'avons fait, c'est qu'en général on leur donne beaucoup moins d'attention qu'à celles qui suivent les attaques et que, dans l'esprit d'un certain nombre, il est admis que ces dernières sont presque les seules à exister. Il n'en est point ainsi, comme nous l'avons vu. Mais il n'en est pas moins vrai que les impulsions consécutives l'emportent sur les autres en durée, en fréquence, même en intensité.

[1] Esquirol. — *Traité des maladies mentales*, t. II, p. 143.

« Les perturbations psychiques, dit M. J. Falret, qui se produisent à la suite des attaques d'épilepsie ont beaucoup plus d'importance que celles qui précèdent ou accompagnent ces attaques [1]. » C'est là un fait dont les observations mettent hors de doute la réalité. On ne peut s'empêcher cependant de remarquer qu'il semble quelque peu en contradiction avec ce que l'on sait de la physiologie pathologique de l'épilepsie. En effet, le résultat le plus ordinaire des attaques est de jeter les malades dans une prostration parfois profonde. Comment se fait-il que l'impulsion survienne alors? Est-ce elle qui modifie les conditions que nous venons d'indiquer? L'énergie que déploient les malades, la force motrice extrême que quelquefois ils mettent en jeu, leur vient-elle d'un élément nouveau qui change entièrement la situation habituelle? C'est là un point qui n'a pas encore été étudié et qui demande des recherches. La contradiction est peut-être plus apparente que réelle; et d'ailleurs le fait est là, sur lequel il n'y a pas à discuter.

III. — Des impulsions irrésistibles indépendantes des attaques convulsives. — Épilepsie larvée; épilepsie mentale. — Équivalents épileptiques.

Nous abordons ici une des questions les plus controversées, relativement aux rapports des impulsions irrésistibles avec l'épilepsie. Il s'agit de savoir si des individus qui n'ont jamais présenté aucune des manifestations habituelles de l'épilepsie convulsive, absences, vertiges, attaques incomplètes ou complètes, peuvent avoir des impulsions qui soient réellement de nature épileptique.

Les impulsions de cette catégorie ont été désignées tout d'abord sous le nom d'*épilepsie larvée;* on a proposé depuis lors de les désigner sous les noms d'*épilepsie mentale* ou d'*équivalents psychiques de l'épilepsie.* Ces diverses dénominations sont, à divers titres, également admissibles.

La première notion un peu explicite de l'épilepsie larvée se

[1] J. Falret. — *De l'état mental des épileptiques.*

trouve dans un mémoire sur la paralysie générale que Billod publia en 1858, mémoire où l'auteur se demande s'il n'y aurait pas entre certains accès de fureur et l'épilepsie des relations telles que ces accès dussent être regardés comme une des formes multiples que peut revêtir le mal épileptique. « Les accès d'épilepsie, disait Billod, et ceux de fureur ne seraient-ils pas deux formes d'accès du même mal, deux effets différents de la même cause (1)? »

M. J. Falret reprit ultérieurement cette même idée et lui donna une forme plus précise : « En admettant, dit-il, l'existence d'une folie et d'un délire épileptiques, ayant des caractères spéciaux, il est sans doute possible de remonter de la connaissance de ce délire à celle de l'affection convulsive elle-même. Dès lors, on ne considère plus le délire et la convulsion comme deux maladies distinctes, mais comme deux manifestations diverses d'un même état morbide, qui peuvent exister séparément ou simultanément, alterner ou se succéder à courts intervalles, mais qui ont, au fond, la même signification pathologique. Cette donnée théorique entraîne, dans la pratique, des conséquences assez importantes. Elle permet de chercher et de découvrir chez un aliéné l'existence de l'épilepsie, alors que les signes physiques de cette maladie ont été méconnus ou bien ne se produisent réellement pas au moment où l'on observe le malade (2). »

A vrai dire M. J. Falret semblait avoir alors en vue plutôt une épilepsie dont les manifestations physiques seraient ignorées, plutôt que l'épilepsie sans accidents convulsifs. Cependant ses paroles permettaient d'entendre qu'il admettait la possibilité de l'une et l'autre condition.

C'est Morel qui, à la même époque et dans un mémoire paru presque en même temps que celui de M. J. Falret, présenta définitivement la forme morbide en question et proposa pour elle le nom d'*épilepsie larvée*. Il établissait qu'il fallait relier à la folie épileptique certains phénomènes délirants et des actes dangereux commis dans un état de folie momentanée, mais qui se produisaient indépendamment des signes ordinaires de l'épilepsie, c'est à dire en dehors des vertiges et

(1) Billod. — *Annales médico-psychologiques*, 2e série, t. II, 1858, p. 611.
(2) J. Falret. — *De l'état mental des épileptiques*, 1860.

des convulsions proprement dites. « L'épilepsie, disait-il, peut exister aussi à l'état larvé et produire chez les malades les mêmes troubles de la sensibilité, les mêmes troubles des facultés intellectuelles et affectives que si l'épilepsie était franchement accusée par ses symptômes habituels. Elle forme alors une variété que j'appelle *épilepsie larvée* (1). »

Pendant longtemps l'opinion que Morel venait ainsi d'exprimer fut admise sans conteste et ne rencontra tout d'abord aucun contradicteur. S'il n'a pas continué à en être ainsi, cela tient peut-être à ce que des disciples trop fervents ont voulu généraliser outre mesure l'idée du maître, et faire entrer dans les cadres de l'épilepsie larvée toute sorte de délire transitoire à forme impulsive; cela tient encore à ce qu'ils tendaient aussi à présenter comme irresponsables, sous prétexte d'épilepsie larvée, des individus qui n'avaient réellement pas de troubles intellectuels et qui n'étaient que des pervers.

Toujours est-il que les contradicteurs sont venus, peu nombreux sans doute, mais ayant beaucoup d'autorité ou apportant à leur contradiction une vivacité d'allures qui, de prime abord, ne laisse pas que d'être déconcertante.

Nous voyons d'abord Sankey, dans son *Traité des maladies mentales*, se montrer très réservé à admettre l'existence de l'épilepsie larvée : « L'épilepsie larvée, dit-il, est une maladie de nature en quelque sorte contradictoire, puisqu'on n'y trouve point d'attaques épileptiques. J'avoue sincèrement que, dans mon esprit, il reste quelques doutes au sujet de cette forme d'épilepsie, et ce qui la concerne demande à être approfondi (2). »

Gowers, dont le *Traité de l'épilepsie* parut en 1881, en réfère à l'opinion émise en 1874 par Hughlings Jackson (3) et, comme celui-ci, ne se montre disposé à admettre les impulsions comme manifestations épileptiques que là où l'épilepsie est tangible : « Les épileptiques, dit-il, présentent quelquefois, mais rarement, des paroxysmes soudains de trouble mental,

(1) Morel. — D'une forme de délire suite d'une surexcitation nerveuse se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie : épilepsie larvée (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1860).

(2) Sankey. — *Lectures on mental diseases*, p. 136. London, 1883.

(3) Hughlings Jackson. — *Medical Press and Circular*, 1874, p. 409.

souvent accompagnés de violence et d'une tendance nocive. Autrefois on croyait que ces manifestations représentaient et constituaient une attaque d'épilepsie. Dans la plupart des cas il est certain cependant, comme l'affirme Hughlings Jackson, que le trouble mental est la suite d'un accès et qu'il est en réalité une forme de l'état d'automatisme qui peut suivre une attaque, parfois grave, mais beaucoup plus fréquemment légère [1]. »

Chez nous, nous voyons en 1875, dans une discussion ouverte au sein de la Société de Médecine légale, M. Motet se montrer nettement réfractaire à la notion de l'épilepsie larvée. « J'ai peu de sympathie, disait-il, pour ce terme *épilepsie larvée,* sous lequel on désigne un ensemble de troubles intellectuels qu'on suppose liés à l'épilepsie, dont on n'a pu saisir les manifestations physiques. Je pense qu'il y a un réel inconvénient à accepter trop facilement une dénomination vague, sous laquelle on est naturellement porté à ranger des faits d'une explication embarrassante. En médecine légale, la précision dans les idées comporte la précision dans les termes, et c'est à être net, précis, que nous devons apporter tous nos efforts. Je me sens peu disposé à conclure tant que je n'ai pas eu, en fait d'épilepsie, la démonstration rigoureuse d'un trouble physique qui, selon moi, existe toujours [2]. »

Au commencement de 1878, Garimond publiait un long mémoire où, s'appuyant sur des considérations d'étiologie, de symptomatologie, de physiologie pathologique, il arrivait à cette conclusion que l'existence de l'épilepsie larvée, telle qu'on voulait la faire admettre, ne peut être démontrée, et il protestait contre la tendance trop générale de faire de l'épilepsie le pivot de toutes les aliénations mentales à forme intermittente [3].

Peu de temps après, au Congrès de Médecine mentale tenu à Paris cette même année 1878, M. Christian faisait contre la notion de l'épilepsie larvée une attaque en règle, et qui devait d'autant plus frapper l'attention que son mémoire, conçu d'une

[1] Gowers. — *Traité de l'épilepsie*, traduct. Carrier, p. 192.
[2] *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 2e série, t. XLIV, 1875, p. 124.
[3] Garimond. — Contribution à l'histoire de l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale (*Annales médico-psychologiques*, 1878, 1er semestre).

manière claire et précise, dans des termes d'une véritable éloquence, allait droit au but. Il soutenait, en substance, qu'il n'y a aucun signe qui, en dehors de la constatation d'une attaque convulsive, permette de caractériser l'accès d'épilepsie larvée, et s'attachait à montrer que ceux-là même qui croyaient le plus fermement à l'épilepsie larvée n'établissaient un diagnostic que d'après la connaissance d'accidents convulsifs. « Rien, disait-il, rien dans les symptômes psychiques de l'accès n'autorise à conclure à l'épilepsie ; l'accès lui-même, pris dans son ensemble, n'est pas davantage caractéristique, aussi bien n'aurais-je pas eu besoin de discuter si longuement pour établir ce fait, il m'eût suffi de citer les auteurs, j'entends ceux qui ont le plus fait pour l'existence de l'épilepsie larvée. Où cherchent-ils leurs éléments de conviction? Dans les symptômes de l'accès? Nullement, ce qu'il leur faut, ce sont quelques petits signes accessoires, les morsures de la langue, l'incontinence nocturne d'urine ou des matières fécales, les absences, les congestions passagères, c'est à dire des symptômes de l'accès convulsif. Et tant qu'ils n'ont pas découvert l'un ou l'autre de ces signes, ils restent dans le doute. »

Et M. Christian concluait ainsi :

« Il n'est pas démontré, jusqu'à présent, qu'il existe une épilepsie mentale qui puisse remplacer l'épilepsie convulsive.

» L'épilepsie, sous ses manifestations les plus diverses, est toujours une et identique avec elle-même; elle a toujours besoin, pour être caractérisée, de l'accès, de l'ictus épileptique, complet ou incomplet.

» Ne doit être réputé comme délire épileptique que celui qui éclate comme épiphénomène de l'accès.

» L'épilepsie larvée n'existe pas; elle n'est que de l'épilepsie méconnue.

» S'il est juste de reconnaître qu'un certain nombre de délires instantanés, transitoires, doivent être rapportés à l'épilepsie, on ne saurait cependant généraliser cette proposition. En tout cas, c'est l'existence de l'accès convulsif qu'il faut constater tout d'abord (1). »

Dans son mémoire récemment couronné par l'Académie de

(1) *Comptes rendus du Congrès de Médecine mentale de Paris.* 1878.

Médecine de Belgique, M. Christian a exprimé la même opinion, appuyée sur les mêmes arguments. Il cherche même à mettre en contradiction avec lui-même le père de l'épilepsie larvée, Morel, qui, établissant le diagnostic différentiel des folies épileptique, hystérique et hypocondriaque, déclare dans son *Traité des maladies mentales* (p. 719) que le délire épileptique est toujours précédé ou suivi de crises convulsives [1].

Quoique ce *Traité des maladies mentales* et le mémoire sur l'épilepsie larvée soient à peu près contemporains, celui-ci est légèrement postérieur au premier, et l'on consentira sans doute à admettre qu'il ne faut point faire entrer les contradictions en ligne de compte, si l'on considère que, dans l'intervalle, Morel ayant réfléchi, ayant mieux étudié les faits qu'il avait entre les mains, avait pu légitimement modifier son opinion.

Il faut constater aussi que parmi ceux qui, les premiers, ont admis l'existence réelle de l'épilepsie larvée, il s'en trouvait qui, pour la diagnostiquer, faisaient abstraction de la connaissance des accidents convulsifs, même les plus élémentaires, et s'en rapportaient uniquement aux phénomènes d'ordre intellectuel. C'est ainsi que Billod disait, devant la Société de Médecine légale : « L'épilepsie larvée peut être définie : un trouble purement mental, purement intellectuel, caractérisé par des impulsions ou des tendances impulsives subites et irrésistibles, avec perte momentanée de la mémoire et de la conscience, sans convulsions. C'est précisément cette absence de convulsions qui constitue le trait distinctif entre l'épilepsie larvée et l'épilepsie convulsive [2]. » Sans doute Billod contestait la justesse de l'expression *épilepsie larvée* et lui préférait celle d'*épilepsie mentale;* sans doute, aussi, il reconnaissait que ce n'était point une tâche facile que de fixer les éléments du diagnostic de l'épilepsie mentale ou larvée. Mais, à son avis, cette tâche n'était point impossible, toujours en laissant hors de cause la coexistence des convulsions.

Les réflexions que nous faisions tout à l'heure au sujet de Morel peuvent s'appliquer également à Billod qui, lui aussi, paraît en 1875 modifier une opinion émise en 1872. A ce moment, dans une discussion engagée devant la Société médico-

(1) CHRISTIAN. — *Épilepsie, folie épileptique.*
(2) *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 2e série, t. XLIV, 1875, p. 408.

psychologique, il s'était ainsi exprimé : « J'estime que le diagnostic de l'épilepsie larvée ne peut être fixé la plupart du temps que par l'apparition, chez les individus présumés atteints de cette affection, d'une attaque d'épilepsie de forme convulsive. » Toutefois Billod avait modifié son opinion moins profondément que Morel, et, dès le principe, il laissait à entendre que la constatation de l'accès convulsif n'est pas toujours nécessaire pour établir le diagnostic.

L'opposition faite, au moment où nous en sommes, à la notion de l'épilepsie larvée n'a point empêché celle-ci de faire son chemin et de continuer à être admise par des observateurs autorisés.

Par une coïncidence intéressante, le jour même où M. Christian formulait ses conclusions devant le Congrès de Médecine mentale de Paris, Echeverria venait, après lui, soutenir une proposition contraire et, en proposant de l'appeler *épilepsie mentale*, montrait sa ferme croyance à l'existence de l'épilepsie larvée. « Je regarde, disait-il, la folie épileptique comme une manifestation intrinsèque de la névrose spasmodique, prenant sa source, non dans les attaques somatiques, mais dans les éléments essentiels de la maladie (1). » Et plus loin, il dit qu'il rattache à l'épilepsie toute sorte de folie transitoire.

Diverses thèses, soutenues à diverses époques devant les Facultés de Médecine, continuent le mouvement de croyance à l'épilepsie larvée (2).

Bucknill et Tuke, dans la quatrième édition de leur *Traité des maladies mentales*, écrivent, comme ils l'avaient fait précédemment, que, très souvent, la folie épileptique se dévoile, non par des attaques d'épilepsie, mais par une certaine perturbation mentale, des accès de colère, de fureur aveugle, qu'aucune cause n'explique (3).

(1) Echeverria. — La folie épileptique (*Comptes rendus du Congrès de Paris*, 1878, p. 245).

(2) Voir notamment :

Jannin. — *De l'épilepsie larvée*, th. de Paris, 1875.

Pivion. — *Étude sur les troubles de l'intelligence, des penchants, de la motilité et de la sensibilité chez les épileptiques*, th. de Paris, 1876.

Toigne. — *Du vertige épileptique*, th. de Paris, 1877.

Aussoleil. — *Quelques observations d'épilepsie larvée*, th. de Montpellier, 1890.

(3) Bucknill and H. Tuke. — *A Manual of psychological Medicine*. London, 1879.

Plus près de nous, nous trouvons la même doctrine professée par Ball, par MM. Magnan et Féré.

M. Magnan distingue entièrement une épilepsie larvée des états impulsifs liés à l'absence, au vertige ou aux crises convulsives. Selon lui, « le délire semble, dans quelques cas, remplacer complètement la crise, soit que celle-ci, réduite à une absence très atténuée, passe inaperçue, soit qu'elle ne s'accompagne d'aucun phénomène physique extérieur, troubles vasomoteurs ou autres; la décharge épileptique, dans ce cas, ne frappe que les centres supérieurs, purement psychiques. Ce délire paroxystique, arrivant seul, sans l'appareil ordinaire des phénomènes physiques, constitue l'état désigné sous le nom d'*épilepsie larvée* » ([1]).

Quant à M. Féré, ce qui rend son opinion en quelque sorte encore plus affirmative, c'est qu'il considère que l'opinion contraire n'a pas prévalu. « Il est admis sans conteste, aujourd'hui, dit-il, que les troubles mentaux dus à l'épilepsie peuvent se produire en dehors de tout paroxysme convulsif, que ce soit une grande attaque ou un accès incomplet ou même un simple vertige. » Et ailleurs, développant la même pensée, après avoir rappelé que Maudsley compare les impulsions soudaines des épileptiques à une impulsion mentale assimilable aux convulsions somatiques, il ajoute : « Cette assimilation, qui élargit singulièrement le cadre de l'épilepsie, peut se justifier par cette circonstance que les troubles mentaux par accès peuvent se rencontrer chez les malades atteints de toutes les variétés de l'épilepsie, qu'elle qu'en soit l'origine et la forme, qu'il s'agisse de la forme vertigineuse ou de la forme convulsive, que son apparition ait été provoquée par un traumatisme, par l'alcool, la syphilis, l'intoxication saturnine, etc. Les équivalents psychiques offrent d'ailleurs un certain nombre de caractères qui les approchent des paroxysmes convulsifs ([2]). »

Nous venons de dresser le bilan des deux opinions relatives à l'épilepsie larvée; suivant les uns, cette sorte de trouble mental, dont l'impulsion irrésistible est le caractère prédomi-

([1]) MAGNAN. — *Leçons sur l'épilepsie*, p. 28. Paris, 1882.
([2]) FÉRÉ. — *Épilepsie* (dans la collection des Aide-Mémoire), et *De l'épilepsie et des épileptiques*, p. 141.

nant, existe ou peut exister indépendamment de tout phénomène convulsif, si fugace ou si léger qu'il soit, vertige ou simple absence; suivant les autres, ces impulsions ne sont jamais indépendantes des troubles convulsifs.

Qui peut trancher définitivement entre les uns et les autres? Des faits assurément; mais ceux que les premiers regardent comme valables, comme démonstratifs, les autres ne les admettent pas comme tels.

Et cependant n'ont-ils pas une signification bien nette des faits comme celui que produit Gowers. « J'ai vu, dit cet auteur, un malade qui, pendant qu'on le regardait, sans la moindre pâleur, sans la moindre hésitation et sans aucun symptôme qui pût indiquer une décharge antérieure, se mettait tout à coup à vider ses poches, ôtait son habit ou faisait quelque action qui, chez lui, caractérisait et, je crois, constituait les attaques (1). » Cela n'est-il pas bien explicite?

Que dire aussi de cette observation rapportée longuement par Charcot, et sur laquelle nous aurons occasion de revenir, où l'auteur, pour bien établir sa manière de voir et montrer qu'il la considérait comme un cas d'épilepsie larvée, a soin d'insister sur ce fait qu'on n'y trouvait aucun indice du moindre état convulsif (2).

M. Cabadé vient de publier une observation qui n'est pas moins importante que celle de Charcot. Elle concerne un homme de quarante-neuf ans, n'ayant pas d'antécédents héréditaires, qui jamais n'a présenté de symptômes pouvant être rapportés à l'épilepsie, grand ou petit mal, et qui un jour fut pris inopinément d'un accès de vagabondage automatique. Au bout d'une semaine il se retrouva à environ six cents kilomètres de chez lui, ne sachant où il était, ni comment il y était venu, n'ayant nulle notion du temps écoulé, du chemin parcouru, des obstacles surmontés; ne sachant pas comment il avait satisfait aux nécessités ordinaires de la vie. Il se rappelait le jour et l'heure où il avait quitté sa maison; il se rappelait aussi quelques incidents qui avaient suivi son départ. A un certain moment, il sentit comme un vent violent, comme une tempête souffler sur son visage, puis tout s'effaça et la nuit la

(1) Gowers. — *Traité de l'épilepsie,* traduct. A. Carrier, p. 346.
(2) Charcot. — Automatisme ambulatoire (*Leçons du mardi,* 1888-1889).

plus complète se fit dans son souvenir, jusqu'au moment où il revint à lui, ne sachant où il était, rompu de fatigue et mourant de faim (1).

On veut bien admettre que la conception de l'épilepsie larvée n'a rien en soi qui choque l'esprit et qu'en principe, il n'y a rien d'invraisemblable dans l'existence d'un état de maladie qui, au lieu d'affecter les centres moteurs et de se faire jour par une attaque convulsive, se porte sur les centres psychiques et se traduise par une explosion de fureur, une impulsion, un accès de délire. Mais cette conception, dit-on, n'est que pure hypothèse, elle ne s'est point réalisée; jamais il n'y a eu d'épilepsie mentale sans attaques convulsives, légères ou fortes; si, dans les faits donnés à l'appui de la doctrine de l'épilepsie larvée, on n'a pas trouvé les attaques, c'est qu'on n'a pas su les voir ou qu'on ne s'est pas trouvé dans l'occasion de le faire, si bien qu'en somme la prétendue épilepsie larvée n'est que de l'épilepsie méconnue.

Cette fin de non-recevoir est si absolue qu'on se trouve quelque peu embarrassé pour la discuter.

Et cependant, même à défaut des faits, il y a bien des arguments qui, en dépit des négations contraires, sont réellement très propres à faire admettre l'existence de l'épilepsie larvée.

Un argument qui nous paraît absolument formel est tiré des faits où il se produit ce qu'on a désigné sous le nom de *substitution* et qui concernent des cas dans lesquels un individu sujet à des troubles mentaux divers, ne fussent-ils d'ailleurs pas impulsifs, voit ces troubles disparaître au temps où il présente des attaques d'épilepsie qu'il n'avait point éprouvées jusque-là; et, inversement, des cas dans lesquels des attaques d'épilepsie convulsive diminuent de fréquence ou même disparaissent lorsque surviennent des perturbations mentales.

Les derniers cas doivent être examinés les premiers, car ils donnent en quelque sorte la clef des autres, et la succession des phénomènes y est telle que, lorsque la maladie mentale vient à remplacer la maladie convulsive, à se substituer réellement à elle, il est bien difficile, pour ne pas dire impossible,

(1) CABADÉ. — Un cas d'automatisme ambulatoire comitial (*Archives cliniques de Bordeaux*, n° 3, mars 1895).

de ne pas y voir une véritable permutation de symptômes, qui, quoique différents, sont l'expression d'un même fond morbide. Les substitutions de ce genre s'observent dans d'autres maladies, dans le rhumatisme, par exemple, et l'on n'en conteste pas la réalité; pourquoi donc la contesterait-on en ce qui concerne l'épilepsie?

Bucknill et Tuke rapportent, d'après Thorne, l'histoire d'un individu qui avait eu tout d'abord des attaques d'épilepsie convulsive ordinaire; celles-ci ayant disparu, il eut ensuite des accès intermittents d'excitation mentale qui semblaient prendre la place des attaques convulsives. Cet individu, qui était sobre et de bonne conduite, lorsque survenaient ses accès, prenait un couteau et déclarait qu'il voulait tuer ses enfants. L'accès passé, il n'avait aucun souvenir de ce qu'il avait fait. D'autres fois il lui était arrivé de commettre des vols dans des conditions identiques (1).

Sankey rapporte le fait suivant :

Une femme est un jour arrêtée parce qu'elle troublait l'ordre public. Elle était entrée dans la voiture d'un médecin qui visitait un malade et elle avait crié au cocher de partir. On eut grand'peine à la faire sortir de la voiture tant elle mettait de violence à résister. On la conduisit d'abord en prison et plus tard on la fit entrer à l'Asile d'aliénés. Là, elle se mit à faire des réclamations extravagantes; si on refusait de la satisfaire, elle brisait les vitres, menaçait ou attaquait les gardiennes; alors même qu'on la contenait, elle parvenait à tout briser et détruire autour d'elle. Sa violence durait ainsi plusieurs jours de suite, puis elle redevenait calme jusqu'à un nouvel accès. Pendant huit mois qu'elle resta à l'Asile, elle n'eut aucun accès d'épilepsie, et cependant il était notoire que jusqu'au moment de son entrée, c'est à dire jusqu'à l'invasion du premier accès de fureur maniaque, elle avait eu des attaques d'épilepsie qui revenaient à intervalles réguliers (2).

Clouston donne l'observation d'un individu qui, devenu épileptique à l'âge de vingt-quatre ans, eut d'abord des attaques convulsives répétées, fréquentes, au moins une par mois, et même à un certain moment une tous les jours. Au bout de

(1) Bucknill and H. Tuke. — *A Manual of psychological medicine.*
(2) Sankey. — *Lectures on mental diseases*, p. 133.

quelque temps, cet individu eut des accès de manie impulsive; à partir de ce moment les crises convulsives devinrent moins fréquentes et ne se produisirent que tous les trois ou quatre mois. Il arriva même que, dans une période où les crises convulsives furent tout à fait rares, le malade fut sujet à des attaques soudaines d'impulsion où il se mettait inopinément à frapper les personnes de son entourage. Son visage prenait alors une expression méchante; il fixait les personnes et les invectivait. Les impulsions survenaient brusquement, souvent sans cause appréciable, souvent aussi à la suite d'une contrariété, d'une contradiction. « Un jour, dit Clouston, il jouait au whist; il était très calme, personne ne disait mot; soudain, il pose ses cartes, darde sur son partenaire des yeux qui semblaient lui sortir de la tête, l'invective violemment et fait mine de lui sauter à la gorge. On le retient, on le couche sur un canapé, au bout de quelques minutes il revient à lui, demande ce qui s'est passé et se remet aussitôt au jeu. Il n'avait eu conscience de rien (1). »

Dans les cas que nous venons de voir, n'est-il pas bien évident que la psychose est réellement une manifestation de délire épileptique? Et cependant, au moment où elle se produit, l'épilepsie convulsive ne se montre plus comme auparavant; elle s'est en partie ou même totalement effacée; elle a fait place au trouble mental, et c'est des états de ce genre que l'on peut dire vraiment, suivant l'expression de Maudsley, adoptée par Charcot, qu'ils sont des équivalents psychiques de l'épilepsie.

Nous ne croyons donc pas qu'on puisse se refuser à y voir une véritable substitution. La maladie est la même, mais elle se manifeste autrement.

On ne peut pas davantage se refuser à le faire pour les cas où c'est la psychose qui précède les manifestations convulsives et disparaît lorsque celles-ci surviennent.

Les cas de cette catégorie sont moins nombreux que les précédents, mais il s'en rencontre d'assez explicites. Berthier a indiqué sommairement à la Société médico-psychologique,

(1) Clouston. — *Clinical Lectures on mental diseases*, p. 401.

en 1872, l'observation d'une fille de vingt-neuf ans, envoyée dans un Asile comme maniaque intermittente et qui vit ses accès se changer en gastralgies syncopales, lesquelles devinrent leur tour une franche épilepsie [1]. Morel, dans les mêmes circonstances, cita le cas d'une jeune femme ayant les accès périodiques les plus terribles qu'il fût possible de voir. Elle était enveloppée par les flammes du purgatoire, elle essayait de fuir. Les attaques convulsives sont venues plus tard, alors les accès de fureur ont été moins violents [2].

Une observation très remarquable au point de vue actuel est celle que M. Doutrebente a rapportée. Elle concerne un malade ayant eu pendant vingt ans des accès de folie à forme rémittente qui, s'ils ne disparurent pas complètement, du moins s'atténuèrent d'une manière très sensible à l'apparition de crises d'épilepsie convulsive, qui ne s'étaient jusqu'alors jamais vues. Ce malade avait été pris dès son enfance par la maladie mentale. En 1864, il entra à l'Asile de Blois et on le crut alors atteint de délire aigu; mais, à partir de ce moment, il eut alternativement des périodes d'excitation maniaque où il se montrait hardi et hautain, gesticulant, parlant fort et se donnant beaucoup de mouvement; et des périodes de dépression profonde allant presque jusqu'à la stupeur; puis il revenait un peu à lui et restait calme pendant plusieurs semaines. Ces périodes se succédaient ainsi environ cinq ou six fois par an. Les choses durèrent en cet état jusqu'à l'année 1881, où le malade eut sa première attaque d'épilepsie qui fut violente. A partir de ce moment, lorsqu'on laissa les crises convulsives se produire à leur aise, sans chercher à les atténuer par le traitement au bromure de potassium, on vit bien encore, soit avant, soit après les attaques d'épilepsie, un peu d'agitation; mais cela ne ressemblait plus à l'ancienne période d'excitation [3].

Si l'on voulait aller plus loin encore dans la voie où il est possible de rencontrer la substitution, on pourrait peut-être, à l'exemple de Pritchard, cité par H. Tuke, la montrer dans certains cas de ce qu'on a appelé la *folie morale* [4], cas dans

(1) *Annales médico-psychologiques,* 1873, 1er semestre, p. 139.
(2) *Ibid.*, p. 158.
(3) Doutrebente. — Manie rémittente, double forme; épilepsie larvée (*Annales médico-psychologiques*, 1886, 2e semestre, p. 177).
(4) D. H. Tuke. — *Pritchard and Symonds,* p. 81. London, 1891.

lesquels, comme Savage l'indique à son tour, on voit, au bout d'un temps plus ou moins long, se développer des attaques convulsives qui n'ont pas été soupçonnées jusque-là. Les individus atteints de ce qui est ainsi désigné sous le nom de *folie morale* ont des tendances impulsives ou destructives, sans perte de connaissance, lesquelles, sous divers rapports, n'ont pas plus de raison d'être, pas plus de mobiles, que les impulsions épileptiques (1).

Enfin, nous ne devons pas négliger de mentionner les faits que M. J. Falret a indiqués comme étant tout à fait rares, dans lesquels les accès de délire ont lieu, dans l'intervalle des accès convulsifs, chez des individus reconnus comme épileptiques. Il s'y produit une sorte de substitution alternante entre le délire et la manifestation convulsive (2).

Ce qui nous porte à croire fortement aux diverses modalités de la substitution, c'est un exemple que nous venons tout récemment d'observer :

Une dame, épileptique depuis de longues années, chez qui, à force de bromure dont elle prenait depuis longtemps six grammes par jour, on avait fait disparaître les crises convulsives, avait subi peu à peu des changements de caractère qui, en dernier lieu, ont abouti à une aliénation mentale bien caractérisée, hallucinations de l'ouïe et de la vue, idées de persécution, agitation maniaque alternant avec de la dépression et des terreurs vives. Ayant eu à la traiter, nous avons cru devoir diminuer de moitié la dose de bromure; mais, au bout d'un mois, les crises convulsives sont revenues; coup sur coup il y en a eu trois. Or, à partir de cette époque, nous avons vu rapidement disparaître hallucinations, idées délirantes, agitation maniaque et dépression. La malade est encore fantasque, mais elle n'est plus aliénée; il ne lui reste qu'une certaine débilité mentale qui ne l'empêchera pas de rentrer dans sa famille. Sa folie ne semble-t-elle pas due sans conteste à la suppression de ses crises convulsives, et c'est bien là un cas de substitution.

Nous pourrions citer encore le fait d'un jeune homme de

(1) Savage. — Article *Epilepsy and insanity*, dans le *Dictionary of psychological Medicine*, de Hack Tuke.

(2) J. Falret. — *De l'état mental des épileptiques.*

seize ans, atteint d'épilepsie depuis l'âge de six ans, traité sans succès de bien des manières, et chez qui, en dernier lieu, le bromure de potassium avait presque complètement supprimé les convulsions. Mais il lui était alors survenu de l'hébétude et des impulsions à la brutalité et à la violence. Le bromure a été entièrement supprimé; les attaques convulsives ont repris leur fréquence; elles sont presque entièrement nocturnes. Depuis lors, l'état mental s'est considérablement éclairci.

La substitution, dans les conditions que nous venons d'examiner, nous paraît un argument formel en faveur de l'épilepsie larvée, et c'est pourquoi nous avons cru devoir nous y arrêter un peu longuement.

Cette substitution peut, comme nous l'avons dit, se faire de deux manières : ou bien les troubles psychiques ouvrent la marche et alternent ou même disparaissent lorsque surviennent les accidents convulsifs; ou bien ils se produisent au lieu et place de ceux-ci qui ont préexisté. Mais l'épilepsie dite *larvée* n'est elle-même qu'une des formes de la substitution. Seulement dans ce dernier cas, la forme convulsive n'a jamais existé; elle a été entièrement remplacée par la forme mentale, qui n'est de son côté qu'un des modes d'évolution de la névrose épileptique; ce qui se produit en pareil cas justifie pleinement la qualification d'*équivalent psychique* donnée à la manifestation impulsive de l'épilepsie.

Un autre argument doit être tiré des similitudes plus ou moins complètes que peuvent présenter entre elles deux manifestations morbides dont l'une porte nettement l'estampille de ses attaches originelles, et dont l'autre, sans la présenter aussi clairement, sans même la présenter du tout, ressemblera d'une manière frappante à la première. Ainsi, par exemple, on se trouve en présence de deux impulsifs, qui tous deux présentent les mêmes symptômes, tous deux ont eu le même délire, tous deux ont accompli les mêmes actes inconscients, tous deux enfin sortent de leur crise d'une manière identique. L'un a présenté des attaques d'épilepsie convulsive, l'autre n'en a jamais eu. Peut-on ne pas reconnaître que tous deux sont atteints de la même maladie? Peut-on, dans le second cas, ne pas porter le diagnostic d'épilepsie avant d'avoir vu les convul-

sions elles-mêmes? S'il en devait être ainsi, il faudrait autant dire qu'aucun diagnostic n'est possible, et les morsures de la langue, qui si souvent mettent sur la voie du diagnostic de l'épilepsie, ne devraient pas plus y faire penser qu'autre chose.

Voici, par exemple, un malade de M. Magnan.

C'est un jeune garçon de dix-huit ans, qui n'a jamais présenté d'attaques convulsives, mais dont quelques troubles intellectuels, revenant d'une façon intermittente, pouvaient faire songer à la nature épileptique des accidents. Par une nuit d'orage, ce garçon se lève, marche dans sa chambre, s'exalte, parle avec emphase, prétend assister à la création. Il ne prête nulle attention aux prières de sa mère qui l'engage à se calmer et à se reposer, et le matin, à cinq heures, il descend nu-pieds, armé d'un couteau qu'il a pris à la cuisine; il sort dans la rue, marche devant lui et frappe mortellement un malheureux ouvrier qui se trouve sur son passage. Il continue sa route, le couteau ensanglanté à la main, gesticule, prêche, déclame, absolument étranger à tout ce qui l'entoure. On le conduit à Sainte-Anne. A son arrivée, il est dans un état d'excitation extrême; son regard est farouche; il se précipite sur tout le monde, brise tout ce qu'il trouve sous sa main. Par moments il s'arrête, ses yeux deviennent fixes, il redresse la tête et reste en extase. On ne peut obtenir aucune réponse et l'on ne peut fixer son attention. Au bout de six jours, l'accès prend fin, le calme et la lucidité reviennent; mais le jeune homme ne se souvient de rien (1).

Après avoir rapporté ce fait, M. Magnan ajoute : « Cet accès de délire maniaque, à début brusque, à chute rapide, à courte durée, avec l'inconscience finale, ne pouvait se rattacher qu'à l'épilepsie. » Et de fait, en remontant dans le passé du malade, on y trouvait des vertiges et d'autres accès impulsifs qui justifiaient pleinement cette supposition. Ce qui n'empêche pas que le diagnostic avait pu être fait, et bien fait, avant de les connaître. Ce jeune garçon, à aucun moment de sa vie, n'eût présenté le moindre accident convulsif, que le diagnostic eût dû être identique.

Ceux mêmes qui ne veulent pas admettre une épilepsie larvée

(1) MAGNAN. — *Leçons cliniques sur l'épilepsie,* p. 29.

se trouvent à l'occasion amenés comme malgré eux à soupçonner l'épilepsie, avant que celle-ci ne se soit affirmée par ses signes moteurs. C'est ce qui nous paraît s'être présenté à propos d'une observation donnée par M. Christian.

Une jeune femme de la campagne, âgée de vingt-huit ans, mariée, est amenée dans un Asile pour un délire maniaque qui date de quinze jours. Aucun renseignement sur elle. Quelques jours après son entrée, la malade, qui paraissait se calmer, se met tout à coup nue dans sa cellule, grimpe à la fenêtre, brise les vitres de l'imposte et fait passer bras et jambes à travers les barreaux; on eut toutes les peines du monde à la dégager. Un autre jour, elle grimpe sur un arbre de la cour. Ces actes paraissent instinctifs, la malade ne peut en donner aucune explication. Quelquefois elle entre en fureur, met tout en pièces autour d'elle, pousse des hurlements ou répète indéfiniment le même mot.

« Cet état, dit M. Christian, durait depuis des mois, le diagnostic restait incertain, quand un matin, pendant la visite, nous vîmes la malade pâlir tout à coup, ses yeux se convulsent, les traits se crispent, la bouche est contractée, la tête tourne de gauche à droite; en quelques secondes tout rentrait dans l'ordre. Nous venions d'assister à un petit accès d'épilepsie et tout s'expliquait. Nous apprîmes que, plusieurs fois déjà, des accidents semblables s'étaient produits, auxquels la religieuse du service n'avait attaché aucune importance. Enfin, nous apprîmes aussi qu'au début de la maladie, cette femme avait jeté par la fenêtre son enfant âgé de quatre ans (1) ».

Ainsi donc, jusqu'au jour où les attaques convulsives furent constatées, le diagnostic était resté incertain; cela veut bien dire, ce nous semble, qu'on avait pensé à l'épilepsie, que les symptômes observés étaient suffisants pour faire naître des présomptions à son égard, mais qu'on n'osait pas affirmer son existence. Si les convulsions n'avaient jamais été vues, le diagnostic aurait donc dû rester en suspens; mais le trouble morbide n'en aurait pas pour cela été moins de nature épileptique. On s'en est tenu aux présomptions. Sans doute, entre elles et la certitude il y a un pas à franchir; mais dans toutes les sciences

(1) Christian. — *Épilepsie, folie épileptique,* p. 125.

naturelles, n'a-t-on pas commencé par les présomptions, par les hypothèses, et après avoir vu celles-ci se réaliser un certain nombre de fois, dans des conditions déterminées, on a pu à bon droit arriver à les tenir pour faits certains. Par conséquent, si, dans un cas obscur, incertain, on pensait à l'épilepsie, c'est que, par analogie avec d'autres faits du même genre, on était autorisé à le faire.

Ceci nous amène à une dernière considération. Accordons que la question n'est pas encore suffisamment élucidée ; accordons que les faits qui semblent propres à prouver l'épilepsie larvée n'ont pas encore une précision scientifique suffisante ; accordons, enfin, que ce que d'aucuns nomment *épilepsie larvée, épilepsie mentale, équivalents psychiques de l'épilepsie* n'est que l'épilepsie méconnue et que toute attaque mentale s'accompagne toujours, d'une manière aussi fugitive que ce soit, d'un élément convulsif, spasme, vertige, absence ; on se trouve néanmoins en présence d'une difficulté qu'au point de vue de la médecine légale, il est important de résoudre. Cette difficulté est la suivante :

Étant donné un individu qui a eu des accidents impulsifs tels qu'on aurait de bonnes raisons de les rattacher à l'épilepsie ; on n'a pas pu, soit par l'observation directe, soit par les renseignements, saisir chez lui le moindre indice de convulsion, le moindre trouble moteur ; devra-t-on absolument s'abstenir de formuler un diagnostic et ne pas dire que son cas relève de l'épilepsie ?

Pour résoudre cette difficulté, c'est encore à M. Christian que nous ferons appel. Analysant l'histoire bien connue de cet aliéné épileptique qui fut le meurtrier du Dr Geoffroy (d'Avignon) [1] et qui avait agi sous l'influence d'un délire qui n'était point de nature épileptique, M. Christian donne les raisons d'après lesquelles on devait établir que ce délire n'était point d'une telle nature. « Si on étudie l'observation dont il s'agit, dit-il, on est obligé de reconnaître que, dans le délire qui possédait le meurtrier au moment du crime, il n'existe aucun des caractères du délire épileptique, ni la soudaineté,

[1] BAILLARGER. — *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses.* Paris, 1861.

ni l'impulsion subite, ni la perte de conscience[1]. » Si nous ne nous trompons, cela veut bien dire qu'il y a des signes, au moins trois, dont l'absence permet de dire qu'une impulsion n'est point de nature épileptique ; inversement, il en résulte que ces mêmes signes doivent être tenus pour valablement caractéristiques de l'épilepsie mentale envisagée en elle-même et en dehors de l'élément convulsif.

Nous sommes donc bien réellement en droit de conclure que la nature épileptique des impulsions peut être affirmée même indépendamment de la constatation ou de la connaissance des accidents convulsifs. Nous examinerons plus loin les signes qui permettent de se prononcer dans ce sens.

Les équivalents psychiques de l'épilepsie sont, à peu d'exceptions près, identiques avec les manifestations impulsives liées directement aux convulsions épileptiques dont nous nous sommes précédemment occupé. Nous aurons ultérieurement à examiner des faits, des particularités diverses, qui pourront encore nous servir d'exemples. Par conséquent, il est inutile d'en faire ici une description spéciale.

IV. — Des impulsions irrésistibles dans l'épilepsie partielle.

Les progrès dans la connaissance de l'épilepsie et de sa nature amènent à reconnaître que les diverses manifestations de cette maladie ne sont point, au fond, différentes les unes des autres et qu'il y a identité entre l'épilepsie généralisée, vulgaire, et l'épilepsie dite *partielle*. Celle-ci, cependant, a des symptômes non pas différents, mais plus circonscrits, qui affectent des allures spéciales.

L'identité de nature étant la même, on doit s'attendre à trouver, dans l'épilepsie partielle comme dans l'autre, les diverses variétés d'impulsions irrésistibles. Cependant jusqu'ici les faits qui ont été observés ne sont pas en assez grand nombre pour permettre de placer tout à fait sur le même plan les deux états sous le rapport qui nous occupe.

[1] Christian. — *Épilepsie, folie épileptique*, p. 128-129.

Il y a même telle particularité de l'épilepsie partielle, comme la conservation de la conscience au cours des attaques, qui mérite tout spécialement d'attirer l'attention et dont l'étude permettra peut-être plus tard d'élucider des points encore obscurs de l'épilepsie en général.

Peu d'auteurs se sont occupés des impulsions irrésistibles dans l'épilepsie partielle.

M. Fournier, le premier, croyons-nous, en a fait une mention un peu précise, quand il a traité des manifestations épileptiques de la syphilis du cerveau; et encore est-il obligé de reconnaître que le petit nombre des faits dont on dispose interdit d'en donner une description dogmatique, qu'il faut attendre de plus amples renseignements sur leur histoire et que, pour le moment, il faut se borner à les signaler (1).

Il indique toutefois dans l'épilepsie partielle une forme de délire impulsif, consistant en un délire subit et passager, lequel se manifeste par des actes déraisonnables, désordonnés, souvent agressifs et violents, parfois même criminels; tous actes accomplis sous l'influence d'une impulsion automatique, irréfléchie, inconsciente, irrésistible.

Il y indique encore, dans quelques cas assez rares, des troubles intellectuels qui prennent l'aspect de l'excitation maniaque et où l'on rencontre les marques de l'état impulsif; ces troubles, comme ceux de l'épilepsie ordinaire, sont ordinairement temporaires et de courte durée (2).

M. Fournier cite en exemple un malade qui, à la suite de crises d'épilepsie partielle, rapprochées et violentes, se mit à tenir, avec une étonnante loquacité, les propos les plus décousus, les plus incohérents. Il se promenait nu dans sa chambre et voulait descendre nu sur la voie publique; dans une crise, il maltraita son frère et chercha à l'étrangler.

Un autre malade, dans les mêmes conditions, présenta plusieurs accès d'impulsions irrésistibles. Un jour, notamment, il sort brusquement de chez lui, sans mot dire, l'œil fixe, le visage égaré et se met à parcourir les rues au hasard, à la façon d'un homme en délire. Un autre jour, il se précipite

(1) Fournier. — *La syphilis du cerveau*, p. 313. Paris, 1879.
(2) *Ibid.*, p. 182.

soudainement et sans le moindre motif sur une personne qui venait lui rendre visite et avec laquelle il conversait tranquillement; il la maltraita et faillit même la tuer. Dans un autre accès, il prit pour un braconnier un de ses domestiques qui, par hasard, avait un fusil en main; il se jeta sur lui, s'empara de son arme et fit feu sur cet homme qu'heureusement il n'atteignit pas (1).

Enfin, M. Fournier a constaté que les syphilitiques atteints d'épilepsie partielle sont, comme les autres épileptiques, d'un caractère très irritable; qu'ils sont irascibles, méchants, intraitables, emportés; que, sans le moindre motif, sans provocation d'aucune sorte, on les voit parfois éclater tout à coup en colères, en révoltes, en violences qui ne laissent pas que d'être dangereuses (2).

M. Féré s'est exprimé sur le même sujet dans des termes qui, à certains égards, sont les mêmes que ceux de M. Fournier, mais qui précisent encore mieux la similitude qu'il y a entre l'épilepsie partielle et l'épilepsie généralisée. « Les malades atteints d'épilepsie partielle, dit-il, présentent assez souvent d'autres troubles comitiaux qui ne diffèrent en rien de ceux que l'on trouve chez les épileptiques vulgaires.... Un de nos malades présente alternativement, avec des crises d'épilepsie partielle, des impulsions irrésistibles et violentes. » Et il ajoute : « Un fait très important et bien de nature à montrer que l'épilepsie partielle est moins qu'on ne le pense une affection locale, c'est que les malades qui en sont atteints présentent fréquemment d'autres paroxysmes qu'il est impossible de distinguer des paroxysmes de l'épilepsie vulgaire et désignés sous le nom de *petit mal.* Un grand nombre d'individus atteints d'épilepsie partielle ont en même temps des équivalents psychiques; tantôt c'est une folie subite, avec perte de connaissance, avec ou sans chute, tantôt c'est une simple obnubilation de la vue, d'autres fois c'est une hallucination subjective, un trouble psychique momentané (3). »

M. Rolland, dans une monographie importante de l'épi-

(1) FOURNIER. — *La syphilis du cerveau,* p. 182-174.
(2) *Ibid.,* p. 181.
(3) FÉRÉ. — *Des épilepsies.*

lepsie partielle, mentionne quelques particularités qui nous intéressent directement; nous y voyons que, parmi les phénomènes précurseurs de l'épilepsie partielle, il y a, comme dans l'autre, des mouvements procursifs, des impulsions en avant, où le malade court, comme précipité malgré lui; d'autres fois l'accès s'annonce par des impulsions en arrière ou par des mouvements giratoires. De même, après la crise convulsive ou en dehors des attaques, les malades peuvent présenter des troubles psychiques, hallucinations de l'ouïe ou de la vue, aberrations mentales qui aboutissent à des mouvements impulsifs irrésistibles. M. Rolland donne comme exemple les cas d'un malade observé par M. Pitres et d'un autre malade observé par M. Bourneville; ce dernier, à la suite d'un accès, fut comme fou pendant un mois, il ne reconnaissait pas sa mère et répétait continuellement, malgré lui : « Oh! qu'il est bête(1)! »

Mais de tous ceux qui ont envisagé l'épilepsie partielle au point de vue qui nous occupe, c'est M. Pitres qui a établi l'assimilation la plus complète entre elle et la grande épilepsie.

M. Pitres croit à l'existence de l'épilepsie larvée; pour lui, cliniquement, cette existence ne fait pas de doute; elle est une des manifestations certaines du mal comitial. Partant de là, il a été amené, à propos de faits qu'il avait observés, à examiner si les accès larvés d'épilepsie vulgaire ou, pour mieux dire, si les équivalents cliniques des accès épileptiques complets n'avaient pas leur analogue dans l'épilepsie partielle et il est arrivé à reconnaître, qu'en effet, dans celle-ci, on trouve certains phénomènes qui doivent en être considérés comme les équivalents cliniques.

« A côté et indépendamment des accès épileptoïdes convulsifs, dit-il, il y a lieu de décrire des accès épileptoïdes sensitifs, sensoriels, psychiques et paralytiques, et de considérer ces accès sensitifs, sensoriels, psychiques et paralytiques comme des équivalents cliniques de l'épilepsie partielle convulsive, au même titre que les accès de manie ou d'automa-

(1) ROLLAND. — *De l'épilepsie jacksonienne*, p. 34-54. Paris, 1888.

tisme épileptique sont considérés comme des équivalents cliniques des grands accès convulsifs du mal comitial[1]. »

Comme exemple vraiment remarquable, M. Pitres donne l'histoire d'un de ses malades :

Dans les intervalles de ses accès convulsifs, brusquement, sans aucune provocation, sans idée délirante précise, ce malade avait des impulsions qui le portaient à commettre des actes déraisonnables. En passant dans la rue, l'idée lui venait de bousculer les passants, de repousser violemment hors du trottoir les personnes qui marchaient tranquillement à son côté et il mettait ces idées absurdes à exécution, sachant fort bien qu'il commettait là des actes blâmables susceptibles de lui attirer des désagréments. Un jour, il a ainsi jeté dans le ruisseau une dame âgée; maintes fois, il a donné de forts coups d'épaule à des passants inoffensifs. L'acte accompli, il poursuivait son chemin sans se préoccuper des injures que lui attirait sa brutalité, se rendant parfaitement compte de la sauvagerie de ses actions, comprenant même qu'il avait tort de les commettre, mais éprouvant néanmoins une certaine satisfaction intérieure de les avoir commises. Dans son état normal, cet homme était d'un caractère très doux et nullement querelleur. Une de ses crises impulsives les plus remarquables lui arriva dans une circonstance où il était occupé dans la rue à se faire cirer les chaussures, tenant par la main sa petite fille. Tout à coup, il ressent un vertige giratoire. Il se dirige aussitôt vers un café voisin et, ouvrant la porte, dit à la maîtresse de l'établissement de ne pas s'inquiéter de ce qui allait se passer. Particularité intéressante à noter, il n'éprouvait à ce moment aucune convulsion et son bras gauche, siège habituel des attaques, n'était nullement raide. Comme il demandait alors ce qu'était devenue sa fille, le maître du café s'approcha de lui. Il crut à ce moment reconnaître son propre frère et se figura même qu'il lui disait, de sa voix ordinaire qu'il reconnaissait bien : « Ne t'effraie pas, ce ne sera rien. » A quoi le malade répondit à son tour : « Oh! que je suis heureux que tu sois là, mon frère ! » En même temps, de grands bruits, bruits d'usine, semblèrent retentir à ses oreilles, puis

[1] A. Pitres. — Études sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle ou jacksonienne (*Revue de Médecine*, 1888).

il revint tout à fait à lui sans avoir perdu connaissance. Le tout avait duré à peine trois minutes. Pendant le reste de la journée, cet homme se sentit très fatigué.

M. Pitres ajoute que, chez ce malade, les impulsions ont toujours été conscientes et que, l'accès passé, il s'en souvenait.

Qu'on veuille bien donner une attention toute particulière à ces impulsions qui se produisent sans perte de la conscience et dont les malades se souviennent après l'attaque. C'est, du reste, un fait commun, dans les attaques d'épilepsie jacksonienne, qu'il n'y ait pas perte de la connaissance tant que les accès n'ont pas une intensité trop marquée. Cette conservation de la conscience, sur laquelle nous ne pouvons insister, faute de documents assez significatifs, demanderait à être étudiée avec soin. Ne permettrait-elle pas d'expliquer les faits d'impulsions irrésistibles conscientes que des auteurs rattachent à l'épilepsie et que d'autres se refusent à y rapporter, précisément à cause de cette conservation de la conscience. Jusqu'à nouvel ordre, assurément, la plus grande réserve est commandée à ce sujet; mais tant de faits nouveaux ont surgi depuis peu dans l'histoire de l'épilepsie, qu'il ne faudrait pas s'étonner si les notions les plus certaines que nous avons actuellement sur cette maladie devaient encore s'étendre et se préciser davantage.

Quoi qu'il en soit, les rapports des impulsions irrésistibles avec l'épilepsie partielle sont jusqu'ici imcomplètement connus; mais des jalons ont été jetés qui permettent d'en poursuivre plus parfaitement l'étude.

V. — Impulsions chez les épileptiques, indépendantes de l'épilepsie. — Délires associés. — Coexistence de plusieurs délires.

Une des données les plus importantes dont M. Magnan ait enrichi la science des maladies mentales est celle qui concerne la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné. On se trouve souvent en présence

d'individus dont les manifestations morbides sont en quelque sorte disparates; on s'étonnait qu'il en fût ainsi; on hésitait à se faire une idée nette de ce qu'on avait devant soi et l'on reculait devant un diagnostic. M. Magnan a montré que les faits cliniques, en aliénation mentale, ne s'offrent pas toujours avec les caractères de simplicité que comportent les descriptions dogmatiques et que, pour débrouiller le chaos apparent des complexités nosologiques, il suffit de faire à chaque forme morbide la part qui doit lui revenir[1]. Ses élèves, notamment M. Dericq, ont développé son enseignement et contribué, eux aussi, à éclaircir ce que le sujet pouvait avoir d'obscur et d'incertain.

En ce qui concerne spécialement l'épilepsie, ils ont montré que les délires qui lui appartiennent en propre, et parmi eux les impulsions irrésistibles, peuvent coexister avec des délires d'autre origine, par exemple avec du délire alcoolique, de la folie systématisée, des troubles divers dus à la dégénérescence.

Cela établi, il s'ensuit un corollaire d'une importance évidente; c'est que les manifestations impulsives survenant chez un individu ayant plusieurs tares morbides, et entre autres l'épilepsie, ne doivent pas nécessairement être attribuées à l'épilepsie.

Il n'y a rien d'extraordinaire à voir quelquefois la dégénérescence faire cause commune avec l'épilepsie. En effet, celle-ci peut, en certains cas, être un effet même de la dégénérescence. Une malformation cérébrale originelle, un trouble trophique des centres nerveux existant au moment de la naissance, et qui sont eux-mêmes des effets de la dégénérescence, peuvent conduire à l'épilepsie. Il en est de même d'accidents qui se produisent peu après la naissance et qui, eux aussi, ont eu leur source dans des perturbations antérieures. L'hérédité joue ici son rôle; elle a des conséquences diverses, tantôt l'idiotie, l'imbécillité, tantôt des altérations cérébrales, source d'épilepsie, mais qui peuvent se réunir et dont la concordance arrive à produire des résultats identiques à ceux de plusieurs

[1] MAGNAN. — De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliené (*Archives de Neurologie*, 1880).

délires coexistant chez un même individu. Il se trouve d'ailleurs des auteurs qui ont voulu voir en tout épileptique un dégénéré, et cela dans des conditions telles que la dégénérescence, à leurs yeux, fait le fond même de l'état mental du malade. Pichon a émis là-dessus une opinion qui va presque aux dernières limites. Il s'exprime ainsi : « A part quelques rares exceptions, on peut dire, sans être taxé d'exagération, que formuler le diagnostic d'épilepsie, c'est formuler implicitement, du moins dans une certaine mesure, le diagnostic de dégénérescence mentale[1]. » Et pour qu'on ne se méprenne pas sur sa pensée, il spécifie qu'il a en vue non la débilité mentale, mais bien la dégénérescence. Plus loin, il dit encore : « Sur 21 épileptiques hommes et 11 épileptiques femmes que des troubles psychiques avaient amenés à Sainte-Anne, en six mois, et que nous avons eu occasion d'observer, nous avons recherché cette dégénérescence mentale, en nous basant soit sur des signes de débilité mentale, soit sur les signes physiques et psychiques de dégénérescence héréditaire. Or, il nous a été possible de la retrouver nettement chez 15 hommes et 4 femmes. Une moyenne si forte prouve que, loin d'être une exception, cette association est plutôt la règle chez les épileptiques, et nous ne pouvons plus dès lors y voir une coexistence. »

Cette opinion, quel que soit le nombre de faits sur lesquels elle s'appuie, n'est pas décisive. Nous savons d'ailleurs que certains auteurs regardent les causes morales comme un facteur important de la maladie convulsive; que d'autres se rangent à l'avis de Lasègue, qui ne croyait pas à l'influence des causes morales et qui, dans des pages quelque peu railleuses, s'étonnait qu'on pût encore en parler, assignant aux malformations du crâne, originelles ou accidentelles, une action prépondérante sinon même exclusive[2]; que d'autres encore, à l'exemple de M. Christian, restreignent l'influence des malformations du crâne et constatent avec juste raison que bien des individus ont de ces sortes d'altérations sans être cepen-

[1] Pichon. — *Les maladies de l'esprit*, p. 98. Paris, 1888.

[2] Lasègue. — Pathogénie de l'épilepsie (*Études cliniques*, t. Ier. Paris, 1884). — Des délires transitoires (*Comptes rendus du Congrès de Médecine mentale de Paris*, 1878).

dant épileptiques; qu'enfin, en dernier lieu, on a fait jouer un rôle très grand à l'infection dans la genèse de l'épilepsie.

Il est donc plus sage et plus vrai, en ce qui concerne la rencontre de la dégénérescence et de l'épilepsie, d'y voir, suivant les cas, tantôt une seule et même chose ayant des effets différents, tantôt une pure coexistence.

La dégénérescence a d'ailleurs des effets divers; tantôt elle conduit à l'imbécillité, tantôt elle laisse aux individus une somme plus ou moins grande de facultés mentales; mais elle leur laisse aussi des lacunes qui se manifestent dans les dispositions morales et intellectuelles; ceux qui sont dans ces dernières conditions appartiennent au groupe de malades que M. Magnan nomme des *dégénérés*.

La coexistence de l'idiotie et de l'imbécillité avec l'épilepsie est fréquente et, au point de vue qui nous occupe, il convient de leur attribuer ce qui leur est propre. Bon nombre d'idiots ou d'imbéciles, épileptiques ou non, ont des impulsions qui sont dues à leur infirmité. On les voit quelquefois se livrer, soit sur des animaux, soit sur leurs semblables, à des actes de méchanceté, sans motifs, qui paraissent révoltants. Leurs instincts érotiques sont souvent très développés et se manifestent d'autant plus librement qu'ils ne sont refrénés par aucun sentiment de pudeur. Enfin, bon nombre d'idiots ont, comme de véritables épileptiques, des poussées d'excitation maniaque dont les allures sont tout à fait impulsives. Constatant l'alliance fréquente de l'idiotie et de l'épilepsie, Ach. Foville fait remarquer que c'est dans leur période d'excitation maniaque que les infirmes de cette catégorie sont particulièrement dangereux et peuvent être facilement portés à se suicider, à commettre des vols, des actes de violence, voire même des homicides et très souvent à allumer des incendies(1).

Quand l'épilepsie et l'idiotie sont associées, quelle est leur part respective dans ces tendances impulsives? Cela n'est pas toujours facile à dire; mais il semble bien que, d'une manière générale, l'épilepsie imprime à l'idiotie son irascibilité, ses violences, ses emportements soudains. Le propre de l'idiotie, de son côté, est de donner carrière aux instincts, à une cer-

(1) Ach. Foville fils. — Art. *Imbécillité* dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

taine perversité qui a sa base dans la satisfaction matérielle des sens et dans une vanité particulièrement puérile. Les idiots volent pour satisfaire leur gloutonnerie, pour se procurer un objet de toilette dont la vue aura captivé leurs yeux, ils s'abandonnent aux instincts génésiques sous la seule influence de l'excitation de leurs organes génitaux. Comme l'indique M. Dagonet, « les idiots sont irascibles, vindicatifs et parfois susceptibles d'exaltation passionnée. Ils sont cruels en ce sens que, incapables d'apprécier la portée de leurs actes, ils commettront un meurtre avec une impassibilité extraordinaire. Ainsi un idiot égorgea un homme après avoir vu égorger un cochon. Un autre, après avoir tué deux enfants de son frère, vint en riant raconter à celui-ci ce qu'il avait fait (1). »

Les impulsions irrésistibles des imbéciles et des idiots semblent donc leur venir d'une excitation réflexe des organes des sens, y compris le sens génital et la sensibilité générale. Leur abaissement d'esprit, leur infériorité intellectuelle les empêchent d'en avoir réellement conscience; mais ils en sentent les résultats et éprouvent une jouissance véritable lorsqu'ils parviennent à les satisfaire.

Nous avons dit précédemment que quelques auteurs semblaient disposés à regarder la folie morale comme un des modes d'expression de la névrose épileptique. En attendant que cette opinion soit justifiée, il faut se borner à considérer que la folie morale, de même que la dégénérescence dont elle est quelquefois une des formes, peut coexister avec l'épilepsie.

Par folie morale, il faut comprendre, avec M. Dagonet, un état morbide caractérisé particulièrement par une exagération passionnelle et un affaiblissement extraordinaire de la volonté, plutôt que par le trouble même des facultés intellectuelles; autrement dit par un entraînement souvent irrésistible à des actes blâmables et dangereux (2).

Les choses ainsi entendues, on est à même de faire, dans un cas donné, la part de ce qui revient soit à l'épilepsie, soit à la folie morale. Les impulsions de cette dernière ne sont rien autre chose que des obsessions de divers genres, et notamment de celles à qui M. Régis a donné le nom excellent d'*obsessions*

(1) DAGONET. — *Traité des maladies mentales*, p. 659. Paris, 1894.
(2) *Ibid.*, page 437.

propensives [1], dans lesquelles le malade peut se trouver entraîné aux actes les plus dépravés comme les plus terribles.

Tel était le cas d'une femme, dont M. Magnan rapporte l'histoire, et qui avait des impulsions multiples, les unes tenant de la folie morale, les autres de l'épilepsie dont elle était atteinte. Celles-ci venaient après les attaques convulsives et se produisaient au milieu d'accès de délire; elles étaient inconscientes. Les autres survenaient à n'importe quel moment de sa vie et constituaient des actes tout à fait inconsistants. On la voyait un jour rire aux éclats à l'enterrement de son grand-père qu'elle avait cependant beaucoup aimé. A certains moments, elle se mettait à prononcer les mots les plus grossiers qu'elle aurait voulu ne pas dire. Parfois, elle se sentait entraînée à frapper un inconnu, un ami, un parent. Enfin, elle avait des perversions sexuelles, d'abord se sentant poussée à l'onanisme, plus tard ayant un désir immodéré de rapprochements sexuels et se donnant au premier venu [2].

Une autre observation du même auteur concerne un individu, fils d'épileptique, qui était lui-même sujet à des accidents convulsifs; il avait des absences pendant lesquelles il ne savait pas ce qu'il faisait; il pâlissait tout à coup et se laissait aller à terre; un jour, il fut ramassé par un factionnaire devant lequel il venait de s'affaisser. Mais il avait des impulsions très étrangères à l'épilepsie. Dès son enfance, il était malfaisant, se livrait au vagabondage. De bonne heure, il eut des obsessions sexuelles qui s'exagéraient par des mutilations auxquelles il était invinciblement entraîné sur sa propre personne. Cet individu ne manquait pas d'intelligence [3].

L'épilepsie peut se trouver encore associée à des délires divers, notamment le délire des persécutions, le délire mélancolique, le délire alcoolique, et les actes impulsifs qui surviennent dans ces états complexes peuvent ne point relever de l'épilepsie.

Le délire des persécutions communique par lui-même aux

(1) Régis. — *Manuel pratique de Médecine mentale*, p. 263, 2e édition, 1892.
(2) Magnan. — *Recherches sur les centres nerveux*, p. 144. Paris, 1893.
(3) *Ibid.*, p. 146.

individus des tendances impulsives; lorsqu'un persécuté commet une agression, il le fait souvent d'une manière inopinée, soudaine, tout en l'ayant depuis longtemps préméditée. C'est ce que Blanche a fort justement indiqué. Partant de ce fait que, par suite des idées qui les tourmentent, les persécutés devraient souvent se transformer en meurtriers, mais que cependant ce n'est pas parmi eux que se trouve le plus grand nombre d'homicides, Blanche a montré que leurs agressions sont dues à un état de crise accidentelle. Les persécutés inertes ne sont point agressifs, ils se résignent à leur sort; mais d'autres sont sujets à des exaltations critiques. « Calmes habituellement, dit Blanche, ils s'excitent sans autre cause qu'une modification cérébrale dont ils n'ont pas conscience. Quand la crise est peu accentuée, elle se traduit par un besoin de mouvement ou par une anxiété grave; mais si elle atteint son paroxysme, les persécutés vont jusqu'à l'acte et se vengent ou se préservent en frappant celui qu'ils supposent être l'auteur de leurs maux (1). »

Aucun fait ne montre mieux l'importance de ces paroles que l'histoire de cet aliéné, dont nous avons déjà parlé, qui fut le meurtrier du Dr Geoffroy. Il était épileptique; mais il n'a pas commis son meurtre sous l'influence directe de son épilepsie. Des hallucinations lui avaient commandé de tuer le médecin, sous peine de demeurer malheureux toute sa vie et, quoiqu'il fût très attaché au Dr Geoffroy, un jour que les hallucinations étaient plus vives, plus pressantes, il se jeta sur lui et lui enfonça dans le dos une arme qu'il tenait cachée.

Nous avons eu à faire une expertise médico-légale sur le cas d'un individu qui, en quelques instants, avait assommé trois personnes. Cet individu était épileptique: il a eu sous nos yeux une crise convulsive d'une grande intensité. On pouvait donc de prime abord se demander si ses meurtres, absolument inattendus, n'étaient point le fait d'une impulsion épileptique; ils en avaient les principaux caractères et en particulier l'instantanéité, la soudaineté avec laquelle ils avaient été commis. Mais un examen attentif nous montra que cet homme avait agi sous l'influence d'hallucinations et d'idées de persé-

(1) Blanche. — *Des homicides commis par les aliénés*, p. 7. Paris, 1878.

cution. Il croyait qu'on voulait l'empoisonner, qu'on lui disait des injures. En épileptique, il racontait ses attentats avec une indifférence vraiment frappante. « J'étais, dit-il, assis avec ma femme au pied d'un arbre ; elle se mit à m'injurier et je lui donnai deux soufflets. A ce moment, je vis venir un de nos voisins et ma belle-mère, venant probablement secourir ma femme. Quand je les aperçus, j'allai chez moi et je pris un coutre en fer pour charrue. Je descendis sur le chemin où était ma femme et de là je vis encore mon voisin et ma belle-mère se diriger vers moi. Je dis à ma femme : « Tu vois ces deux » individus, ils méritent la mort. » Alors je suis allé au-devant du voisin; je l'abordai en lui disant: « Pourquoi voulez-vous » m'empoisonner, moi et tous mes enfants? — Ce n'est pas vrai, » me dit-il. — Oui, je le sais, lui répliquai-je, et vous méritez » la mort. » Aussitôt je lui donnai sur la tête un coup du coutre que j'avais à la main. Je lui dis alors de me demander trois fois pardon, et comme il ne le fit pas, je lui portai encore un ou deux coups sur la tête. Pendant ce temps, ma belle-mère se mit à courir vers moi en me disant: « Qu'as-tu fait, malheu- » reux? » Je me dégageai d'elle, en criant: « Tu mérites la mort » comme eux. » Et je lui portai un coup, qu'elle para avec son bras. Elle s'enfuit, je la suivis et l'eus bientôt atteinte. Je lui reprochai qu'elle voulait m'empoisonner, mes enfants et moi. Elle me dit que ce n'était pas vrai. Je lui répondis que si elle me demandait trois fois pardon, je ne lui ferais rien. Elle ne me demanda pas pardon et alors je lui ai porté plusieurs coups de coutre sur la tête. Je revins sur mes pas, me dirigeant du côté de ma femme. Lui ayant dit de me demander trois fois pardon pour tout ce qu'elle m'avait fait et pour avoir voulu m'empoisonner, elle ne dit pas ces mots-là. Alors je lui donnai trois coups de coutre sur la tête. Elle tomba. Je la laissai. J'enfermai mes bœufs et je vins donner à souper à mes enfants, avec lesquels je me mis à table. Voilà comment les choses se sont passées. »

Cet individu, dont les facultés intellectuelles étaient peu développées, était un homme taciturne, concentré, brutal, vindicatif, ayant ainsi plusieurs traits du caractère des épileptiques. N'est-il pas vrai que dans sa manière d'agir, dans la façon dont il immole successivement trois personnes, froide-

ment, sans la moindre hésitation, sans le moindre trouble moral, on trouve quelque chose de l'impassibilité de l'épileptique qui tue mécaniquement, parce que son bras est entraîné à le faire? Mais cependant son triple meurtre avait eu lieu plutôt sous l'influence d'un délire de persécutions.

Les rapports réciproques des impulsions épileptiques et des impulsions alcooliques peuvent se déterminer de la même manière que ceux du délire des persécutions par rapport à l'épilepsie, en se reportant aux caractères du délire alcoolique. Nous empruntons à M. Dericq les exemples suivants [1].

« J. R..., âgé de vingt-trois ans, a eu à diverses reprises des impulsions suicides venues dans des conditions très différentes les unes des autres. Et d'abord, on le voit sous le coup d'une frayeur subite, se précipiter vers la fenêtre, qu'il ouvre pour se lancer au dehors; on a tout juste le temps de le retenir. Plus tard, lorsqu'on lui parle de cette tentative, il est tout étonné et n'y croit que sur des affirmations très catégoriques. Dans le même temps, il fit, dans des conditions identiques, diverses autres tentatives de suicide, dont il perdait totalement le souvenir. Mais ce qui est important à remarquer, c'est qu'au moment de la première tentative, il était dans un accès de délire alcoolique. Il avait des hallucinations de l'ouïe; il se croyait entouré d'individus menaçants et voyait des rats courir autour de lui.

« A côté de J. R... il faut mettre un autre alcoolique, épileptique lui aussi, ayant des accès de délire alcoolique avec hallucinations spéciales à ce délire et qui maintes fois, en cet état, a fait des tentatives de suicide dont il n'était point inconscient. Il a pris tous les moyens possibles pour se tuer, corde, eau, ciseaux, etc. Souvent des tentatives ont été faites peu de temps après une attaque; mais il se les rappelle parfaitement.

L'association du délire mélancolique et de l'épilepsie peut également donner lieu à des impulsions diverses, relevant chacune de son état spécial de maladie.

(1) Dericq. — *Coexistence de plusieurs délires d'origine différente chez le même aliéné*, th. de Paris.

Dans tous les cas de ce genre, quelle que soit la forme morbide associée à l'épilepsie, il faut donc bien prendre garde de ne point se méprendre sur la nature d'une tendance impulsive et de voir si elle doit être attribuée au mal comitial ou à l'autre maladie. Il est assurément des cas où la distinction n'est point facile à faire; mais le plus souvent il suffira presque de regarder pour pouvoir donner à chaque chose ce qui lui appartient. « Des individus, dit M. Magnan, sont atteints à la fois d'épilepsie et de délire partiel, ou de manie ou de mélancolie; ces deux états restent indépendants. Ils peuvent sans doute s'influencer réciproquement, exercer l'un sur l'autre une action passagère, mais, d'une façon générale, l'existence de l'un n'est nullement solidaire de l'autre. Ce n'est pas tout, ce même individu, épileptique et vésanique, peut encore de son propre fait, acquérir un troisième état pathologique. A la suite, en effet, d'un abus suffisamment répété de boissons, il présentera un délire alcoolique et, dans ces conditionsnou velles, il sera donné d'étudier et de suivre ces trois espèces pathologiques distinctes, indépendantes, à pathologie différente: la folie épileptique, la folie simple, délire de persécution ou autre, la folie alcoolique. Ce n'est point là une hypothèse; c'est bien une réalité clinique, curieuse assurément, mais qui n'est pas rare et que j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de montrer dans mes leçons. Une analyse attentive de cette synthèse clinique permet de faire la part de chacun des trois éléments dont les caractères restent parfaitement distincts. Le délire épileptique, par son évolution, par son allure brusque, par son inconscience, se sépare nettement des deux autres modes de perturbations psychiques...., cependant il n'en est pas toujours ainsi et parfois des états différents se combinent d'une manière intime pour constituer des êtres hybrides, qui ne sont ni les uns ni les autres, mais qui présentent les caractères de tous [1]. »

Tout ce que nous venons de dire pourrait être considéré comme élément de diagnostic en matière d'impulsions épileptiques et aurait sa place au chapitre du diagnostic. L'impor-

(1) Magnan. — *Recherches sur les centres nerveux,* p. 433. Paris, 1893.

tance, d'ailleurs, en est plus grande au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal. Cependant, en présence d'un impulsif sur lequel les tribunaux demandent à être éclairés, il n'est point indifférent de faire à chaque état morbide la part qui peut lui appartenir. Cette considération, ainsi que l'intérêt que présentent les notions dont il vient d'être question, étaient un motif suffisant de leur consacrer un chapitre spécial.

VI. — Des actes délictueux ou criminels commis par les épileptiques dans les impulsions irrésistibles.

Il n'est presque pas d'actes délictueux ou criminels qu'un épileptique ne puisse commettre lorsqu'il est poussé par une impulsion irrésistible. Dresser une nomenclature complète de ces actes serait à peu près impossible et pourrait être d'ailleurs sans intérêt. Mais il est intéressant du moins d'examiner les principaux d'entre eux; nous y trouverons des particularités qu'il peut être important de connaître.

Nous nous occuperons ainsi successivement :

Des violences et des attentats contre les personnes;

Du suicide;

Des fugues et du vagabondage;

Du vol;

Des incendies;

Des outrages publics à la pudeur.

A. Des violences et des attentats contre les personnes.

Les violences et les attentats contre les personnes sont peut-être les plus fréquents, en tout cas les plus graves que les épileptiques puissent commettre dans leurs impulsions irrésistibles. Ces actes se produisent dans les conditions les plus diverses; quelquefois ils constituent à eux seuls toute la crise impulsive, qui n'a qu'une courte durée; d'autres fois et le plus habituellement, ils sont accomplis au milieu d'un état de désordre généralisé, où se manifestent des troubles intellec-

tuels divers et dont l'ensemble constitue d'une manière des plus évidentes un accès d'aliénation mentale.

Ces actes peuvent se présenter sous toutes les formes imaginables, simples agressions, violences légères, dont les conséquences peuvent n'avoir aucune gravité, coups portés avec la main, soufflets, coups de poing ou coups de pied, poussées plus ou moins fortes, qui n'ont d'autre effet que d'être douloureuses pour ceux qui les reçoivent, et cela d'autant plus qu'elles arrivent d'une manière inopinée. Dans les mêmes conditions, les malades détériorent ou brisent les objets qui sont à leur portée, les projettent au loin ou bien y mettent le plus grand désordre. A un degré plus élevé, les actes sont beaucoup moins inoffensifs et peuvent déterminer des blessures plus ou moins graves, des accidents qui pourraient compromettre la vie, mais qui n'ont pas nécessairement une issue fatale; telle l'action de ce malade, cité par M. Magnan, qui dans une crise avait saisi sa fille à la gorge et qui, revenant à lui, était très surpris de ce qu'il avait fait (1). Enfin, viennent les actes homicides, dans lesquels l'épileptique tue inopinément et peut même, surtout lorsque l'impulsion s'accompagne d'excitation, multiplier autour de lui les victimes.

Ce qui est habituel et commun d'ailleurs aux actes épileptiques, c'est que ces attentats n'aient aucun motif, ne soient déterminés par aucune des causes qui amènent les attentats ordinaires, et les mobiles du crime, si cela peut être appelé crime, sont absolument insaisissables, puisqu'ils n'existent pas; cependant, comme nous le montrerons plus complètement ailleurs, il est possible d'y trouver un ensemble de circonstances qui paraissent indiquer, sinon la préméditation, sinon l'intention réelle, du moins quelque chose d'approchant et tel que, l'attentat une fois commis, on pourrait croire que l'auteur y a pensé d'avance. Cela n'est du reste qu'une apparence.

Il est habituel de voir que les impulsions homicides s'accompagnent d'hallucinations des divers sens, notamment de l'ouïe et de la vue, et que les attentats paraissent commis sous l'influence même de ces hallucinations. Tantôt les malades entendent des voix qui les excitent, qui les poussent; tantôt

(1) *Archives de Neurologie*, juillet 1880.

ils se voient entourés d'un appareil terrifiant, ils ont des visions effrayantes, ils se croient eux-mêmes victimes d'attentats divers et c'est pour se soustraire à ce dont ils se croient menacés qu'ils se précipitent sur ceux qui les entourent, brisant tout, en même temps qu'ils frappent à mort, comme au hasard, les infortunés qui se trouvent à leur portée.

Les épileptiques enfants sont exposés, tout aussi bien que les adultes, à commettre des violences et des actes nuisibles à autrui. M. P. Moreau parle d'un enfant de neuf ans qui, dans ses accès de fureur épileptique, crache sur tout le monde et cherche à se mordre lui-même quand il ne peut mordre les autres, et les morsures qu'il fait sont quelquefois très profondes, aussi est-on obligé de prendre des mesures pour le contenir. Un autre enfant est sujet à des accès de délire dont l'explosion est immédiate et dans lesquels les procédés violents suivent avec la promptitude de l'éclair. Un jour, d'un coup de pied, il faillit briser la jambe d'une personne. Un autre jour, il eût pu en tuer une autre, à la tête de laquelle il avait lancé une écuelle, mais que par bonheur il n'atteignit pas (1).

Les relations d'actes homicides commis par des épileptiques sont nombreuses; les *Annales médico-psychologiques*, les *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, les traités spéciaux en contiennent un grand nombre, dont la lecture est instructive. Tout récemment, dans l'un de ces recueils, M. P. Moreau passait en revue quelques attentats qui se sont produits depuis peu (2).

Est-il rien de plus saisissant que le fait que rapporte Tardieu? Un ouvrier, dans une rue qu'il traverse en mangeant, plonge dans le ventre d'un passant inoffensif le couteau dont il se sert et continue son chemin et son repas. Un acte de ce genre est bien l'instantanéité impulsive dans tout ce qu'elle a de plus redoutable. Le regretté G. Marchant nous a jadis raconté qu'un homme, dont nous avions le fils à soigner, avait tué son meilleur ami dans des conditions où la soudaineté de l'impulsion

(1) P. Moreau. — *Des homicides commis par les enfants.* Paris, 1884.

(2) P. Moreau. — Revue de médecine légale (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1895).

épileptique s'était montrée aussi nettement que possible. Cet homme était en train de bêcher son jardin; son ami, qui venait le voir, sonne à la porte. Il va lui ouvrir et, la porte à peine ouverte, avant qu'un seul mot eût été échangé, il lui assène sur la tête un coup violent de l'outil qu'il tenait à la main. La mort fut immédiate. On se convainquit, en examinant le fait attentivement que ce malheureux, qui était épileptique, n'avait eu aucune conscience de ce qu'il avait fait. Le fils, quoique n'ayant jamais eu d'attaques convulsives, était lui aussi un impulsif des plus dangereux.

Pour montrer les conditions principales dans lesquelles se produisent les attentats homicides des épileptiques impulsifs, nous rapporterons ici deux faits dont chacun représente une des deux formes les plus habituelles de l'impulsion homicide; nous empruntons le premier à la littérature médicale étrangère, il aura ainsi à peu près le mérite de l'inédit. C'est un cas de meurtre commis dans une impulsion calme, sans qu'il y eût aucun appareil de délire proprement dit, et avec des circonstances extérieures capables d'égarer l'opinion. Il est d'autant plus intéressant qu'il a certainement donné lieu à une erreur judiciaire.

L'autre, qui est un cas type de folie épileptique avec fureur maniaque, a été observé par nous et présente des particularités intéressantes.

Le premier cas, rapporté par P.-M. Wise, concerne un certain Richard Barbier, âgé de vingt-sept ans, qui, accusé d'avoir tué la femme d'un de ses amis, fut condamné à mort par la Cour d'assises de l'État de New-York [1].

Le 16 mars 1888, Barbier était parti de chez lui pour aller faire visite aux époux Masson, avec qui il entretenait des relations amicales. Il se montrait particulièrement empressé auprès de la femme, à qui il avait fait des cadeaux importants par rapport à ses ressources; mais rien n'indique que tout ne se soit passé entre eux de la manière la plus honnête. En arrivant chez Masson, Barbier entama la conversation avec lui, accepta de manger des pommes qui lui étaient offertes et se montra d'aussi bonne humeur que d'ordinaire. La femme

[1] P.-M. Wise. — The Barber case. (*American Journal of Insanity,* january 1889). Nous abrégeons la relation donnée par l'auteur.

Anne Masson n'était pas là; elle était allée se coucher avant son arrivée. La conversation durait depuis quelques instants entre les deux hommes, lorsque soudain Masson se sentit frappé violemment à la tête. Il dit à Barbier : « Vous m'avez frappé! » Celui-ci répondit : « Non! » avec le plus grand calme, et cependant recommença à donner encore trois ou quatre coups violents. Puis il entra dans la chambre d'Anne Masson, qu'il assaillit de la même manière. Il alla à plusieurs reprises du mari à la femme. Celle-ci fut bientôt laissée pour morte. Masson était tombé sous une table. Il vit Barbier réunir un tapis de foyer, un coussin et un autre objet, les arroser d'huile et y mettre le feu; puis après avoir regardé si le feu prenait, sortir en ayant soin de fermer la porte. Masson l'interpella à ce moment, mais il ne répondit rien. Après son départ et comme le feu gagnait, Masson réussit à se traîner dehors. Des voisins accoururent et l'on put conjurer l'incendie. Pendant ce temps Barbier s'était éloigné tranquillement. On le rencontra sur la grande route à environ quatre kilomètres et on l'engagea à revenir vers le village où il avait commis ses attentats, ce qu'il fit volontiers. Là, signalé à la police, il fut mis en arrestation. La foule qui ne tarda pas à l'entourer se montrait fort irritée contre lui et voulait lui faire un mauvais parti; mais cependant il restait calme, sans mot dire. On le conduisit devant ses victimes. Masson déclara que c'était lui le meurtrier; il dit simplement : « Je ne me rappelle pas avoir fait ce dont on m'accuse. » On fit tous les efforts imaginables pour le mettre en défaut et pour amener des aveux; il répondit toujours : « Je ne me rappelle pas l'avoir fait, » ou encore : « Puisque tout le monde le dit, c'est donc que je l'ai fait, mais je ne me le rappelle pas. » Le dernier incident dont il se souvenait, c'était d'avoir mangé des pommes avec Masson. On constata qu'il avait dû frapper ses victimes avec une grosse trique prise sur un tas qui se trouvait tout près de lui, au moment où il conversait avec son ami.

Le défenseur de Barbier fit valoir que son client, qui était épileptique, avait dû agir sous l'influence d'une impulsion inconsciente. Ses meurtres étaient absolument inexplicables, sans motif, contraires à ses sentiments habituels; il les avait commis soudainement; il n'en avait gardé aucun souvenir.

Neuf médecins d'une compétence reconnue, parmi lesquels les docteurs Alder Blumer, Wise, Allison, vinrent témoigner dans ce sens. D'autres, non spécialement adonnés aux maladies mentales, témoignèrent dans un sens contraire; d'après eux, l'épilepsie de l'inculpé importait peu et ils ne considéraient que les circonstances, d'après lesquelles celui-ci paraissait avoir agi en homme sain d'esprit. Le jury se rangea à cette dernière opinion et Barbier fut condamné à mort. Nul doute que cette condamnation ait frappé un véritable aliéné. En dépit notamment de la tentative d'incendie qui semblait indiquer que Barbier avait cherché à effacer les traces du meurtre, les autres circonstances montrent bien que cet homme avait cédé à une impulsion irrésistible épileptique.

Voici maintenant le fait que nous avons observé. C'est une affaire médico-légale dont nous avons eu à nous occuper avec les Drs Bouteille (de Toulouse) et Gillet (de Moissac). Ce qui suit est extrait du rapport que nous nous étions chargé de faire.

Dans la nuit du 6 au 7 mai 1884, vers dix heures du soir, le sieur R..., massacra inopinément ses deux enfants, deux fillettes âgées l'une de deux ans, l'autre de six mois. Comme il n'y avait aucun mobile appréciable à ce double meurtre et que, depuis le moment où il l'avait commis, l'inculpé donnait des signes de trouble mental, M. le juge d'instruction de Moissac crut devoir le faire examiner.

R... était épileptique. Dans la nuit du 5 au 6, il avait eu trois attaques convulsives; la dernière avait été forte et avait duré près d'un quart d'heure. Au matin, il en avait eu une quatrième également assez forte.

En se levant, il s'était senti souffrant; il se plaignait d'avoir mal à la gorge; il ne sortit de chez lui qu'un instant, pour une commission. Au repas de onze heures, il mangea fort peu, se coucha presque immédiatement après et se tint au lit tout le reste de la journée. Vers quatre heures et demie du soir, il eut une cinquième attaque. Au dîner, il ne mangea rien; il but seulement un peu de café.

Vers huit heures, toutes les personnes de sa famille se couchèrent. Sa fille aînée s'approcha de son lit et il l'embrassa affectueusement.

Sa femme, placée près de lui, remarqua que ce soir-là il remuait dans son lit plus que de coutume.

Vers dix heures et demie, il se met subitement à crier : « J'ai quelque chose qui m'étouffe, je m'en vais! » Il se lève; sa femme veut le faire recoucher, il la frappe au visage. Sa belle-mère, couchée près de là, lui parle à son tour; il la frappe également. Les deux femmes s'enfuient : il les poursuit, puis rentre subitement dans la maison. Sa belle-mère le voit monter au premier, puis redescendre presque aussitôt; elle comprend qu'il rentre dans sa chambre et elle l'entend donner quelque part des coups violents. Elle pense aux enfants ; elle crie. Son mari, qui couchait ce soir-là dans une maison voisine et que sa fille avait été prévenir, accourt. R... l'aperçoit, se jette sur lui, veut le frapper d'une hache dite *taillant* qu'il avait à la main. L'arme est heureusement déviée. Une lutte s'engage corps à corps dans laquelle R... saisit son beau-père à la gorge. Les deux femmes parviennent à les séparer et R... prend sa course vers le village voisin en criant : « A l'assassin, on m'a empoisonné! »

Les siens pénètrent alors dans la maison et voient avec horreur les fillettes affreusement mutilées.

Pendant ce temps, R... vêtu seulement de sa chemise, avait continué à courir vers le village; il criait toujours. Une quarantaine de personnes sortent de chez elles et l'arrêtent, non sans peine, car il s'agitait et résistait. On sut bientôt qu'il avait tué ses enfants.

On le conduisit dans une chambre de sûreté et on essaya de lui poser quelques questions. Mais il ne cessait de crier : « On m'a empoisonné! Ce n'est pas vrai! Je n'ai rien fait! » Il était dans un état de vive exaltation et cherchait à briser les liens qu'on lui avait mis. Il ne répondait pas aux questions, et cependant il reconnaissait toutes les personnes qui se présentaient.

Le lundi matin, vers neuf heures et demie, le juge d'instruction procède à un premier interrogatoire; R... était alors très surexcité. Il ne répondit pas aux premières questions qu'on lui posa. Il tint des propos incohérents. Par moments cependant, il reprit un peu de calme et répondit d'une manière presque raisonnable. Mais aussitôt l'excitation le dominait encore; il

parlait seul et répétait d'une manière presque constante et évidemment irréfléchie l'épithète « fainéant », ou les mots : « Je n'ai rien fait ! »

Un deuxième interrogatoire eut lieu le même jour, à onze heures, dans la maison du meurtre. Mis en présence de ses victimes, R... ne manifesta aucune émotion et parut même ne pas faire attention à elles. Comme précédemment, il refusa de dire ses nom, prénoms et de répondre à ce qu'on lui demandait, s'écriant à chaque instant : « Ce n'est pas moi qui l'ai fait ! » Comme le matin encore, il put une ou deux fois répondre assez juste; mais en général il ne fut aucunement ému. A plusieurs reprises, il pencha sa tête sur la poitrine, paraissant dominé par une fatigue profonde, puis il la relevait par un mouvement brusque et s'écriait : « Je n'ai rien fait ! » On voulut lui faire signer l'interrogatoire; il prit machinalement la plume et, dans une orthographe très imparfaite, il écrivit : « Ce n'est pas vrai ! »

Dans la soirée du 7, R... fut transporté à la prison de Moissac; pendant ce trajet il fut agité, ainsi que pendant la nuit suivante; il cria beaucoup et tint des propos incohérents.

Le 8 mai, à trois heures et demie du soir, troisième interrogatoire. R... y fut plus calme que dans les précédents. Il déclina ses nom, prénoms, âge et qualité, et répondit aux questions. Mais ses réponses furent lentes, difficiles à venir; il paraissait faire des efforts pour trouver ce qu'il devait dire; il hésitait. Il eut comme un vague souvenir qu'il s'était battu avec des camarades, paraissant croire que c'était pour cela qu'on l'avait arrêté : mais il ne put rien préciser à ce sujet. Il reconnut les personnes qu'il avait devant lui, les magistrats, le greffier, mais il crut les avoir vus quatre ou cinq jours plus tôt. Il dit qu'il était parti de chez lui un matin et qu'il avait, avant de partir, embrassé sa femme et ses filles. Il ajouta qu'il les aimait beaucoup et nia les avoir jamais frappées.

Pendant tout cet interrogatoire, R... fut tranquille; il répondit avec calme et lenteur. Quand on lui demanda de préciser, de donner des détails sur la dispute qu'il croyait avoir eue, sur la manière dont il était venu à Moissac, sur ce qu'il avait pu dire ou faire en route, il répondit à plusieurs reprises : « Je n'en sais rien; depuis que je suis ici, je suis

tout étourdi. » Il ajouta que, du reste, il se trouvait dans un état semblable toutes les fois qu'il avait une attaque de nerfs et il savait que depuis quelque temps il en avait de plus fréquentes.

Notre première visite a lieu le 11 mai à la prison de Moissac. Nous trouvons R... contenu par une camisole et par des chaînes aux pieds, précautions commandées par ses accès d'agitation qui le rendaient redoutable. Il manifeste un certain étonnement de nous voir autour de lui, mais il n'en est pas troublé. Du reste, pendant toute notre visite, il paraît être sous l'influence d'une stupeur assez marquée : son visage est immobile, sans expression; ses mouvements de tête et de corps sont fort lents; son regard se promène sur nous avec insouciance. Nous examinons la sensibilité de ses pupilles, qui sont très dilatées, quoique la pièce soit bien éclairée. Nous en approchons rapidement une lumière vive, après avoir clos et relevé les paupières; la contractilité est presque nulle. R... ne fait aucune difficulté de répondre à nos questions; mais, comme tout le reste, ses réponses sont fort lentes.

Nous voulons lui faire raconter ce qui s'est passé depuis le 5 mai; à force de questions et d'insistance, il rend compte de toute la journée du 6, sur laquelle il a des souvenirs assez précis; mais, à partir du moment où il a frappé sa femme, la mémoire lui fait absolument défaut. Nous lui parlons de son séjour à la prison et peu à peu nous en venons à lui dire qu'il a tué ses deux enfants. Il n'en est point ému et se contente de manifester un doute très marqué sur nos paroles; il sourit même, en disant que sans doute nous voulons nous moquer de lui. En somme, pendant tout ce temps, R... a été sous l'influence d'une torpeur assez grande, d'un état de stupeur évidemment morbide et s'exerçant à la fois sur le corps et sur l'intelligence.

A peine l'avions-nous quitté que R... eut un accès d'agitation dans lequel il se mit à vociférer et à pousser des cris; l'accès fut court.

Le soir du même jour, il subit devant le juge d'instruction un quatrième et dernier interrogatoire, qui débuta par un nouvel accès d'agitation assez fort, avec désordre des mouvements. Pendant une minute, il fallut le contenir; après quoi, il

reprit du calme et put répondre aux questions. Il présenta les mêmes indécisions, les mêmes absences de mémoire qu'il nous avait manifestées à nous-mêmes et put rendre compte des mêmes faits dont il nous avait parlé. Il ne se souvint pas que, dans ses interrogatoires précédents, il avait injurié les magistrats et ajouta que, s'il l'avait fait, ce n'était pas à son avantage. Il ne se souvint pas non plus d'avoir été confronté avec ses victimes. A la fin de cet interrogatoire, il est pris, comme au commencement, d'un violent tremblement nerveux; il oscille rapidement de droite à gauche; sa bouche et sa face se contractent. Après quelques secondes, il revient à lui, sourit tristement et dit : « C'est passé maintenant. »

Dans les autres visites que nous lui avons faites, nous l'avons vu plus ordinairement affaissé qu'agité. Les accès convulsifs ont été à ce moment observés plusieurs fois.

Déclaré irresponsable, comme ayant agi dans un accès de folie épileptique impulsive, R... fut l'objet d'une ordonnance de non-lieu et interné alors à l'Asile d'aliénés de Montauban.

B. Du suicide et des auto-mutilations.

Le suicide dans l'épilepsie n'est pas commun; cependant on l'y rencontre dans des conditions où se révèle l'influence impulsive de la maladie.

On ne doit pas attribuer à l'impulsion épileptique des tentatives de suicide qui sont dues à du trouble mental développé chez des épileptiques. Sans doute, en pareil cas, il peut bien y avoir une sorte d'impulsion, un entraînement particulier, mais qui n'est point inconscient à la manière de celui des épileptiques et dont le sujet conserve bien connaissance. Clouston nous paraît s'être trompé à cet égard lorsqu'il attribue à l'épilepsie le suicide dans le cas que voici : « Un individu, épileptique depuis plusieurs années, sujet à des accès d'excitation maniaque, était très halluciné, croyant qu'on l'appelait gueux, voleur, gredin. Un jour, il échappe à la surveillance et cherche à s'enfuir dans l'intention d'aller se noyer. On le rattrape; il dit alors que des voix lui commandaient d'aller se jeter à l'eau dans une rivière voisine. Pendant plusieurs mois ensuite, il fut calme; mais alors, ayant recommencé la

même tentative, il réussit à se détruire[1]. » Quoique cet individu fût épileptique et qu'il y eût chez lui un certain degré d'impulsion, il agissait plutôt à la manière d'un halluciné ordinaire qui obéit aux voix qu'il entend. Cependant, comme le remarque Clouston, il est vrai que, souvent, au milieu d'une impulsion vraiment épileptique, ce sont les hallucinations qui déterminent les actes des malades. Ils se croient entourés de flammes, ils se voient menacés par des monstres hideux, ils entendent des voix terrifiantes et, pour échapper à ces horreurs, ils sont involontairement entraînés à se donner la mort.

M. Magnan a bien caractérisé la nature du suicide chez l'épileptique, en montrant qu'il a un cachet d'impulsion soudaine, irréfléchie, inconsciente. « Chez l'épileptique, dit-il, à l'encontre de ce qui se passe dans la mélancolie, dans l'alcoolisme, etc., l'acte de souveraine inconscience arrive brusquement, subitement, de la façon la plus automatique, comme tous les phénomènes qui se produisent dans la grande névrose paroxystique. Mû par un penchant aveugle, l'épileptique se plonge un couteau dans la poitrine, se jette à l'eau, se précipite par la fenêtre et, s'il ne succombe pas, l'acte est non avenu pour lui; il regarde avec étonnement sa blessure, il est surpris d'avoir été retiré de l'eau et, sans les preuves manifestes qu'on lui fournit, il croirait volontiers qu'on lui parle d'une histoire qui ne le touche point[2]. »

C'est M. Magnan qui nous fournira les exemples les mieux observés de suicide impulsif, dont nous puissions faire mention chez des épileptiques[3]. M. Respaut[4], M. Dericq[5] en ont également rapporté qui offrent de l'intérêt.

M. Magnan cite d'abord un fait dans lequel l'ictus épileptique, tout en enlevant la conscience, n'empêche pas une idée ou plutôt une tendance délirante d'exercer son action sur l'esprit de celui dont elle s'est emparée.

Un ouvrier bijoutier, atteint de délire mélancolique et d'épi-

(1) Clouston. — *Clinical Lectures on mental diseases*, p. 407. London, 1883.
(2) Magnan. — *Recherches sur les centres nerveux*, p. 357. Paris, 1893.
(3) Magnan. — *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, p. 38-40. Paris, 1883.
(4) Respaut. — *Du délire épileptique*, th. de Paris, 1883.
(5) Dericq. — *De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente chez un même aliéné*, th. de Paris, 1886.

lepsie, s'était un jour assis sur un banc de la place du Châtelet. Profondément découragé, il avait résolu d'en finir avec la vie; lorsqu'un vertige survenant, il se lève, va droit au pont, enjambe le parapet et se jette dans la Seine. On le tire de l'eau à temps. Revenu à lui, il se souvient de s'être assis près de la fontaine, mais il ignore comment il a pu tomber dans la Seine; la connaissance ne lui est revenue qu'au moment où deux hommes s'approchaient, lui tendant une corde pour le sortir de l'eau. Il avait bien eu l'idée de se tuer, mais, disait-il, jamais il ne se serait jeté dans la Seine parce que, sachant nager, il n'aurait pas pu se noyer.

Mais le plus ordinairement, la tentative se fait sans idée préalable, en vertu d'une impulsion tout à fait inconsciente. « Un individu se perce, un jour, la poitrine de trois coups de tire-point, sous l'influence d'un vertige. Un autre jour, se promenant sur la place de la Bastille, tout à coup, au milieu de la foule, sans se préoccuper des gens qui l'entourent, il entr'ouvre sa chemise et se plonge un couteau dans la région du cœur. Porté dans une pharmacie, il revient à lui et, se voyant blessé et couvert de sang, il demande avec étonnement ce qui s'est passé. L'année suivante, il fait encore en public deux tentatives du même genre. Il ne conserve aucun souvenir de ces différents actes. »

« Un autre individu, à la suite de plusieurs vertiges, se précipite vers la fenêtre et son corps est déjà hors de la chambre quand sa femme parvient, en le saisissant par les jambes, à le maintenir ainsi suspendu jusqu'à l'arrivée des voisins. Il ne se souvient de rien. Plus tard, il cherche à se pendre à la fenêtre. Une autre fois, il se précipite dans la Seine et nie avoir fait ces tentatives. »

Une malade avale inconsciemment de l'eau de cuivre ou encore une préparation de strychnine. Une autre avale des épingles. Toutes deux ont une amnésie complète de ce qu'elles ont fait.

Il peut se présenter des cas où des épileptiques en état d'impulsion inconsciente accomplissent des tentatives de suicide dans lesquelles ils paraissent avoir consciemment combiné leur affaire et dont cependant, en vertu de leur état, ils ne conservent aucun souvenir. M. Magnan cite à ce sujet le

cas un peu complexe, il est vrai, mais curieux cependant, d'un individu qui, alcoolique et épileptique, fut pris d'une impulsion inconsciente, au milieu d'un accès de délire alcoolique. Sous l'influence de ce dernier, tourmenté par des hallucinations et des frayeurs, il lui arrive un jour de prendre pour des voleurs des amis qui venaient demander de ses nouvelles, et de leur jeter par la fenêtre tout ce qu'il avait sous la main, vaisselle, pelle, pincettes, matelas. Plus tard, une voisine, l'entendant remuer et n'osant sortir de chez elle, regarda à travers le trou de la serrure, le vit qui plantait un clou sur le palier, allait ensuite chercher une corde, se la passait autour du cou et se pendait. Elle appela au secours, des voisins accoururent, coupèrent la corde et le malade fut conduit à l'Asile Sainte-Anne. En y arrivant, il se souvenait très bien du siège soutenu contre les voleurs, des cris, des hallucinations auxquelles il était en proie, mais niait absolument avoir voulu se pendre. « Comment voulez-vous, disait-il, que je sois assez bête pour me pendre devant la porte, quand il eût été si facile de me pendre chez moi ! »

Il peut arriver que des épileptiques au cours des actes d'automatisme ambulatoire que nous examinerons tout à l'heure, se causent un accident plus ou moins grave, même mortel. Ce n'est point là toutefois à proprement parler un suicide. Cependant le fait se rapproche, dans une certaine mesure, de ceux dont nous venons de parler.

Aux actes de suicide se rattachent encore les mutilations involontaires que se font des épileptiques au cours d'un état vertigineux impulsif. En général, comme le fait remarquer M. Carrier, ces mutilations sont dues à ce que l'épileptique continue inconsciemment un acte commencé avec un instrument dangereux. C'est ainsi qu'un faucheur, en aiguisant sa faux, peut se faire des blessures assez graves. M. Carrier rappelle le cas de cette femme qui, prise de vertige pendant qu'elle coupait des tartines de pain à ses enfants, s'entailla profondément les bras en continuant de faire les mouvements qu'elle avait commencés [1]. Nous avons soigné un épileptique, exerçant la profession de charcutier, qui maintes fois, pris de

[1] A. Carrier. — *Leçons cliniques sur l'épilepsie.* Lyon, 1883.

vertige pendant qu'il coupait la viande, s'était blessé avec ses couteaux.

C. Du vagabondage. Automatisme ambulatoire.

Les actes impulsifs qui se rapportent à cette catégorie de faits n'ont été étudiés que depuis peu de temps. Ils ont contribué à éclairer d'un jour nouveau l'histoire de l'épilepsie impulsive et si, pour quelques-uns, la question de l'épilepsie intellectuelle ou épilepsie larvée garde encore quelques obscurités, on peut présumer que c'est de ce côté qu'on pourra arriver à l'élucider d'une manière complète.

Dans la plupart des autres actes dus à l'impulsion épileptique, ou bien ce qui est accompli se passe dans un court espace de temps, de telle sorte qu'on pourrait croire que l'impulsion n'est alors que la prolongation d'un vertige ou d'une absence avec mouvements automatiques; ou bien l'ensemble des phénomènes observés indique une perturbation si profonde de l'activité cérébrale, comme il arrive dans la manie épileptique, que l'on peut y voir comme la persistance de la commotion cérébrale consécutive à l'attaque convulsive. Dans un cas comme dans l'autre, la concomitance de l'épilepsie motrice semble alors ne pouvoir être révoquée en doute.

Mais dans quelques-uns des actes de vagabondage qui ont été récemment étudiés, on ne peut trouver ni l'une ni l'autre de ces situations. Ces actes sont trop prolongés pour qu'on puisse les assimiler à un simple vertige; les mouvements accomplis y sont trop complexes pour qu'on ne soit pas obligé de reconnaître qu'ils sont en rapport avec une certaine conservation de l'activité cérébrale. Enfin, la tranquillité des malades y est telle, leur aspect extérieur arrive quelquefois à dénoter si peu la perturbation mentale dont ils sont l'objet, que l'on ne saurait y découvrir le moindre indice de l'ictus épileptique.

Il s'y passe donc autre chose, une transformation particulière de l'activité cérébrale et cette transformation, qu'on ne peut rattacher à aucun accident convulsif, n'est évidemment rien moins que cette épilepsie mentale, cet équivalent intellectuel de l'épilepsie convulsive qu'on appelle *épilepsie larvée.* Les auteurs qui se sont occupés des faits dont il s'agit n'ont

pas hésité à les rattacher à l'épilepsie, alors que rien n'y révélait immédiatement les perturbations motrices de la névrose.

Divers noms ont été proposés pour désigner cette forme d'impulsion. On a d'abord qualifié de *fugue* l'acte qui en résulte. Charcot la désigne sous le nom d'*automatisme comitial ambulatoire* (1). C'est aussi la désignation que semble préferer M. Régis (2), qui en distingue sous le nom de *dromomanie* (3) l'impulsion à la marche consciente et irrésistible des dégénérés. M. Tissié en fait une des tendances des aliénés voyageurs (4). Nous plaçant non seulement au point de vue médico-légal de notre sujet, mais même à un point de vue général, nous préférons la désignation de *vagabondage impulsif*, proposée par M. Pitres, et que, dans une des meilleures thèses faites sur ce sujet, son élève, M. Géhin, a employée (5).

En quoi consiste donc ce vagabondage impulsif des épileptiques?

On ne doit pas ranger sous ce nom ce qui se passe dans la manie furieuse épileptique. Sans doute, on voit bien dans celle-ci le malade partir inopinément, marcher au hasard devant lui, se livrant inconsciemment sur sa route aux actes les plus graves, homicides, attentats de toute nature et finissant par tomber épuisé, dans un état de dépression équivalente à celle qui suit les grandes attaques convulsives. Cela est de l'impulsion, mais ce n'est pas le vagabondage.

On ne peut pas non plus considérer comme tel le fait de l'individu qui, en train de marcher dans la rue, est pris de vertige comitial, continue sa course et parcourt ainsi sans s'en douter une certaine distance, qu'il est ensuite tout surpris d'avoir franchie. Cela peut même à peine s'appeller de *l'automatisme ambulatoire,* tant c'est réduit à peu de chose.

Le vagabondage est un acte d'assez longue durée, persistant parfois plusieurs jours, pendant lesquels le malade peut garder des allures calmes, sans aucun appareil extérieur très marqué

(1) CHARCOT. — Automatisme comitial ambulatoire (*Leçons du Mardi,* fév. 1889).

(2) RÉGIS. — Automatisme ambulatoire hystérique (*Journal de Médecine de Bordeaux,* 1893).

(3) DUBOURDIEU. — *La dromomanie des dégénérés,* th. de Bordeaux, 1894.

(4) TISSIÉ. — *Les aliénés voyageurs,* th. de Bordeaux, 1887.

(5) GÉHIN. — *Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif,* th. de Bordeaux, 1892.

d'extravagance ou d'aberration mentale. L'impulsif peut y commettre des délits de différents genres; mais il n'y fait généralement rien d'aussi violent ni d'aussi grave que ce qui arrive dans la fureur épileptique.

A un moment donné, d'une manière inopinée, interrompant tout à coup ce qu'il était en train de faire et modifiant entièrement sa conduite, le malade part au hasard. Suivant la longueur de sa crise, il se livre à un nombre plus ou moins grand d'actes complexes, qui dans certains cas sont quelque peu coordonnés, dans d'autres sont réellement incohérents. S'ils sont coordonnés, on peut supposer qu'ils sont accomplis d'une manière consciente; l'analyse des faits semble, comme nous le verrons, indiquer qu'il en est réellement ainsi. Mais, en tout cas, il s'y produit ce qui arrive pour toute manifestation épileptique impulsive, la perte ultérieure du souvenir de ce qui s'est fait pendant la crise.

Cette perte du souvenir empêche dans bien des cas de savoir ce que l'individu a fait, quelles sont les vicissitudes par lesquelles il est passé au cours de son vagabondage. Ce n'est pas lui, en effet, qui peut en rendre compte. D'un autre côté, si l'acte a eu des témoins, ceux-ci bien souvent n'ont pas compris ce qui se passait. Mais quelquefois on a pu savoir ce qu'étaient devenus les malades; on a appris que, dans la plupart des cas, ils étaient partis devant eux, à travers routes, marchant longtemps, sans s'arrêter, ne tenant souvent pas compte des obstacles ni du mauvais état des chemins, s'arrêtant quelquefois pour accomplir un acte, en apparence normal, mais en réalité pour eux tout à fait machinal, et n'arrêtant leur course qu'à la fin même de la crise.

Dans l'observation récemment rapportée par M. Cabadé, deux individus, qui connaissaient le malade, l'avaient rencontré dans des conditions de ce genre. « Je vis, dit l'un d'eux, venir vers moi un homme vêtu d'une blouse bleue. Il était nu-tête et marchait avec une rapidité tout à fait extraordinaire. Quand il fut à quelques pas de moi, je le reconnus; mais son air était étrange; ses yeux hagards semblaient ne pas voir, ses traits étaient contractés; je l'appelai, il n'eut pas l'air de m'entendre et passa tout près de moi, si près que ses vêtements me frôlèrent. Il n'eut pas l'air de me voir et, peu

après, il disparaissait. » Le second fut lui aussi frappé du changement considérable de ses traits, de son air hagard, de sa démarche précipitée, de l'étrangeté de son attitude; lui aussi l'interpella sans obtenir de réponse; le malade marchait avec une sorte d'égarement, comme un automate mû par un ressort (1).

Le vagabondage des épileptiques peut, dans une certaine mesure, être considéré comme un état de somnambulisme. M. René Semelaigne l'a récemment étudié à ce point de vue en le rapprochant de l'automatisme ambulatoire qu'on observe dans l'hystérie (2); mais c'est à ce dernier surtout que le nom de *somnambulisme* doit être réservé.

La tendance impulsive au vagabondage n'a point échappé à l'attention des divers auteurs qui ont écrit sur l'épilepsie. La plupart, cependant, n'ont eu en vue que des actes d'assez courte durée, comme par exemple, le fait de ce camionneur, dont parle Gowers, qui, après une attaque, parcourait les rues les plus fréquentées de Londres, et cela sans occasionner le moindre accident. Il ne s'en souvenait nullement ensuite (3).

Pour trouver une meilleure connaissance des faits il faut arriver à des auteurs récents, notamment à ceux que nous avons mentionnés plus haut.

L'observation la plus remarquable et la plus détaillée est certainement jusqu'ici celle que nous avons déjà mentionnée et qui a fait l'objet d'une leçon de Charcot.

L'individu que cette observation concerne était sujet à des accès de vagabondage, à des fugues dont, à la longue, il avait fini par se rendre compte après coup. Il en comprenait si bien les inconvénients et les conséquences, qu'il avait eu soin de se munir d'un certificat de Charcot indiquant son état; et cependant le nom de l'illustre médecin ne le préserva pas d'une douloureuse mésaventure que lui valut une de ses fugues.

La première fois que l'accident impulsif lui était arrivé, il se rappelait avoir pris l'omnibus en sortant de chez lui et plus tard avoir vu l'enseigne de la maison où il se rendait. Mais, à partir

(1) Cabadé. — Un cas d'automatisme ambulatoire comitial (*Archives cliniques de Bordeaux,* avril 1895).

(2) René Semelaigne. — Automatisme ambulatoire (*Annales médico-psychologiques,* janvier 1894).

(3) Gowers. — *Traité de l'épilepsie,* traduct. A. Carrier, p. 187.

de ce moment, la nuit s'était faite dans son esprit; il n'avait pas exécuté la commission dont il était chargé et, quatorze heures plus tard, il se retrouvait sur une des places de Paris, très fatigué, les souliers usés, ayant probablement marché sans trêve et conservant comme un vague souvenir la croyance d'être passé au Mont-Valérien et sur le pont de Saint-Cloud. Une autre fois il était resté deux jours et deux nuits sans rentrer à son domicile, inconscient de ce qu'il avait pu devenir Au bout de ces deux jours, il se retrouvait dans la Seine, où il s'était jeté du haut de l'impériale du chemin de fer au moment où le train passait sur le Pont-National. Une troisième fois, étant allé à Claye, à sept lieues de Paris, il se retrouvait au bout de deux jours au pont d'Asnières, assis sur la berge de la Seine, causant avec un pêcheur qui l'avait trouvé tout drôle.

Mais le plus remarquable de ses accès de vagabondage est celui dans lequel, au bout de huit jours, étant parti de Paris il se retrouva à Brest. C'est là que se place la mésaventure dont le certificat de Charcot ne le préserva pas. Redevenu lucide et ayant reconnu où il était, notre homme compte l'argent qu'il a sur lui et s'aperçoit qu'il lui manque deux cents francs. Il ne sait nullement à quoi il a pu les dépenser. Il se met alors en mesure de regagner Paris et croit devoir demander quelques indications à un gendarme qui, le prenant pour un voleur, le met en état d'arrestation. Conduit devant un magistrat, il veut expliquer ce qui a dû lui arriver et produit l'attestation de Charcot, à laquelle le magistrat n'attache aucune importance, et le malheureux resta six jours en prison, jusqu'à ce qu'une lettre de son patron, avec qui il avait fallu échanger de longues explications, vint déterminer sa mise en liberté.

Les impulsions au vagabondage peuvent exposer les épileptiques à un grand nombre de méfaits, d'actes délictueux ou criminels, vols, violences, injures, attentats divers contre les personnes. Une éventualité à laquelle il est important de faire attention, dans un temps où tout le monde est appelé au service militaire, et qui peut alors présenter une réelle gravité est celle qui ferait considérer une fugue comme une tentative de désertion et exposerait son auteur à des répressions sévères.

M. Tissié rapporte l'histoire d'un jeune caporal qui fut amené à la prison militaire de Bordeaux pour désertion à

l'intérieur, vol d'effets militaires et faux en écritures commis au préjudice de son capitaine. Son état mental ayant inspiré quelques doutes sur sa responsabilité, ce soldat fut envoyé à l'hôpital militaire, où une étude attentive de son passé permit de reconnaître qu'on avait affaire à un épileptique impulsif.

M. Respaut parle d'un épileptique sujet aux vertiges qui, appelé à faire ses vingt-huit jours comme réserviste, quitta inopinément sa compagnie. Pendant le trajet, il se débarrassa de sa capote et d'autres vêtements et arriva à moitié nu dans la ville d'où il était parti le matin. Reprenant alors connaissance, il se retrouvait devant une maison habitée par un de ses parents, chez lequel il avait l'habitude de venir; mais il ne se rappelait ni comment il était venu, ni à quel endroit il avait pu se débarrasser de ses vêtements. Il resta hébété pendant quelques jours à la suite de cet accès.

Nous avons dit que les faits de vagabondage épileptique contribueraient à jeter la lumière sur la question de l'épilepsie larvée. Charcot n'hésite pas à considérer comme un cas d'épilepsie de ce genre le fait dont nous avons parlé d'après lui. Le malade, en effet, ne présentait pas d'accès convulsifs. « L'automatisme ambulatoire, dit Charcot, ne paraît être, chez notre homme, précédé par aucun des phénomènes qui signalent habituellement le petit mal, soit vertigineux, soit convulsif, soit encore les grandes absences. Quand il est sous le coup de ses crises, nous le savons par la déposition de témoins oculaires parfaitement dignes de foi, ses allures, sa physionomie, son regard, ne présentent rien de particulier qui le distingue d'un homme parfaitement éveillé et à l'état normal. Il est seulement, a-t-on dit une fois, un peu pâle; c'est tout. D'ailleurs, pas d'accidents épileptiques vulgaires dans l'intervalle des accès ambulatoires, pas de morsure de la langue, pas d'urination involontaire, etc., etc. Cela n'existe pas actuellement et cela, dans le passé, n'a jamais existé chez notre malade qui, je crois devoir le répéter, n'a jamais souffert autrefois d'une maladie nerveuse quelconque et ne compte pas, autant qu'on puisse le savoir, de tares héréditaires dans sa famille (1). »

(1) Charcot. — *Leçons du Mardi*, 1888-89, p. 309.

Comme criterium de son diagnostic, Charcot insiste sur ce fait que le bromure de potassium, si efficace dans l'épilepsie, avait eu sur les crises une influence marquée; il les avait atténuées et même arrêtées. Il n'aurait pas eu la même influence sur un état morbide d'autre genre. Et c'est le cas de se rappeler l'adage : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Voilà donc un malade qui semble bien indemne de ces manifestations motrices dont réclament la présence ceux qui se refusent à admettre l'existence d'une épilepsie ne se manifestant pas par des convulsions. Ses accès de vagabondage sont, d'un autre côté, tout à fait identiques à ceux qu'on observe chez des épileptiques avérés, ayant des troubles convulsifs. On est donc bien en droit d'établir entre les uns et les autres une assimilation complète et, le cas échéant, d'attribuer à une épilepsie n'ayant pas d'autre manifestation que la convulsion mentale, que l'équivalent psychique, les phénomènes qu'on a occasion d'observer dans les conditions dont il s'agit.

D. — Des vols.

On a mis quelquefois en doute qu'un vol pût être commis par un épileptique d'une manière inconsciente et l'on a soutenu qu'un acte de ce genre ne peut se produire au cours d'une impulsion irrésistible. Mais les faits sont là pour en montrer la réalité.

Dans un certain nombre de cas, les vols commis par les épileptiques en état d'impulsion inconsciente portent si bien en eux-mêmes le cachet de leur origine qu'il est impossible de s'y méprendre. On reconnaît immédiatement que l'acte a été machinal, automatique, instantané et qu'il est plutôt le résultat d'un désordre des mouvements que d'une intention même rudimentaire. Le malade a allongé la main, a pris le premier objet venu qui se trouvait à sa portée et se l'est approprié sans s'en rendre compte. Quand il revient à lui, il est le premier à s'étonner d'en être possesseur. Certains individus accumulent ainsi dans leurs poches un tas d'objets pris au hasard, et dont le disparate est lui-même en rapport avec la tendance inconsciente qui a dirigé la main du soi-disant voleur. Gowers cite le

cas d'un jeune homme, employé chez un drapier, qui, après des attaques ne consistant qu'en une brève perte de connaissance, trouvait dans ses poches les objets qu'il avait près de lui au début de la crise, tels que ciseaux, pelotons de fil, etc. Le même auteur dit encore que, dans un milieu d'épileptiques, il est ordinaire de voir les malades, après leurs attaques, et dans l'état automatique, aller dans les casiers de leurs camarades, y prendre les objets et les mettre dans leurs poches. Il mentionne une femme, sur laquelle ne planait aucun soupçon de malhonnêteté, qui alla au casier d'une autre malade, y prit une bourse et l'empocha sans en avoir conscience (1).

En quelques circonstances, les faits ne se passent pas avec une aussi grande simplicité. D'après les apparences extérieures, on pourrait tout d'abord croire que le vol a été réfléchi, voulu, intentionnel, et qu'en fait il est réellement délictueux. Il faut alors une analyse attentive du cas pour comprendre que le soi-disant délit est un acte involontaire, de nature impulsive et qu'il appartient à l'épilepsie.

Un certain nombre d'observations sont instructives à cet égard.

M. Magnan rapporte en quelques mots l'histoire d'un malade qui, ayant une absence dans la rue, arrache la montre du gilet d'un passant et s'éloigne, la jetant dans le ruisseau. On le poursuit, on crie au voleur, on l'arrête. A ce moment il revient à lui, très surpris de ce qui lui arrive, et oppose les dénégations les plus formelles aux accusations dont il est l'objet. Ce même homme rentrait quelquefois chez lui avec des objets pris de tous côtés; un jour même, il apporta un sac de pommes de terre. Sa mère, qui s'empressait de tout restituer, eut beaucoup de peine à en retrouver le propriétaire, car le malade ignorait où il l'avait pris (2). On ne saurait assurément s'étonner de ce que l'individu à qui on avait pris sa montre eût cru être victime d'un voleur ordinaire et que les passants se fussent trouvés d'accord avec lui.

Lasègue a observé le fait suivant, qui est des plus remarquables, tant par la manière dont les choses se sont passées que par la qualité de celui que ce fait concerne. On arrête un

(1) GOWERS. — *Traité de l'épilepsie,* traduct. A. Carrier.
(2) MAGNAN. — *Leçons cliniques,* p. 36.

jour chez un parfumeur un monsieur d'un extérieur distingué, chef de bureau dans une administration de chemins de fer. Il avait acheté différents objets et, pendant que la demoiselle de magasin préparait le paquet, il prend et met dans ses poches des objets qui se trouvaient sur le comptoir, Il sort sans les payer. La demoiselle de magasin court après lui et réclame; il refuse de payer, disant qu'il ne sait pas ce qu'on veut de lui; un sergent de ville intervient; on trouve les objets volés et ce monsieur est conduit au poste de police. Il y avait dans ce fait quelque chose de si insolite qu'on soupçonna que le prévenu pouvait être atteint d'aliénation mentale. Lasègue eut à l'examiner et vivement intéressé par cette situation d'un homme, dans une condition sociale relativement élevée, volant des objets d'une valeur presque nulle et qui lui étaient parfaitement inutiles, fit d'actives recherches. Il avait le pressentiment que cet homme était un épileptique et, cependant, il ne trouvait ni absences ni vertiges. L'intelligence était entière; on ne pouvait noter qu'une seule chose, c'est que depuis trois ou quatre ans la mémoire s'était affaiblie. C'était peu encore assurément comme éléments de diagnostic.

Les renseignements recueillis près des amis, près des personnes qui connaissaient ce monsieur n'apportaient aucune lumière nouvelle. Lasègue s'adressa alors à un garçon de bureau qui était depuis longtemps à son service. Ce garçon répondit tout d'abord qu'il n'avait jamais remarqué rien d'extraordinaire chez son chef; enfin, pressé de questions, il raconta qu'un jour, au moment où il sortait du cabinet, il avait entendu tomber un corps lourd, qu'il était immédiatement rentré, qu'il avait trouvé son chef étendu à terre et qu'il l'avait aidé à se relever, mais que depuis rien de pareil ne s'était produit.

Lasègue eut alors la conviction que cet homme était un épileptique dont la maladie était jusque-là restée ignorée (1). Le vol qu'il avait commis était certainement impulsif et constituait un équivalent psychique, une manifestation mentale de la maladie.

Le vol commis dans les circonstances qui viennent d'être indiquées est un acte instantané et l'objet dérobé reste immé-

(1) *Annales médico-psychologiques,* 1873, 1er semestre, p. 151.

diatement sans usage. Mais il est des circonstances où il n'en est point ainsi et où l'individu se sert de ce qu'il a pris.

Echeverria rapporte l'histoire d'un jeune épileptique, sujet à des accès de petit mal, qui, après une de ses attaques, sort de chez lui, s'empare d'un cabriolet qu'il trouve arrêté devant une maison dans une rue voisine, y monte et va au tombeau de son père, situé à environ deux kilomètres, cueille des fleurs qui y étaient plantées et les rapporte à sa mère, l'invitant à faire une promenade en voiture. Interrogé comment il s'était procuré cette voiture, il répond l'avoir trouvée perdue dans la rue. Sa mère lui ordonne d'aller immédiatement mettre cheval et voiture dans une remise et de chercher leur maître; mais, au lieu d'obéir, il va les mettre dans une écurie qui lui appartenait. Le propriétaire de la voiture ne tarde pas à la retrouver et fait poursuivre le jeune homme pour vol.

En comparaissant devant le juge, le lendemain, celui-ci fut incapable de rendre compte de sa conduite, dont il avait complètement oublié les circonstances [1].

Les faits de ce genre appartiennent évidemment à la même catégorie que les faits de vagabondage prolongé, dans lesquels l'individu paraît, au cours de sa crise, agir comme le ferait une personne comprenant ses actions et les accomplissant en vertu d'une pensée déterminée.

Dans une certaine mesure, ce sont encore des voleurs qui paraissent conscients, ces épileptiques qui, à la manière de certains autres impulsifs, réellement conscients, font des vols aux étalages des magasins, où leur attention semble avoir été sollicitée, leur convoitise éveillée par l'objet dont ils s'emparent. Lunier rapporte les deux faits suivants, où la nature impulsive des actes put être reconnue:

Une femme avait été arrêtée pour avoir volé dans un magasin quatre paires de bas de femme. Elle avait déjà été arrêtée ainsi plusieurs fois; mais le commissaire de police qui la connaissait et la savait malade, atteinte d'épilepsie convulsive, s'était contenté jusque-là de la faire reconduire chez son père. Cette fois, on voulut être mieux renseigné sur son compte. Lunier, chargé de l'examiner, se convainquit qu'elle n'avait

[1] Echeverria. — Folie épileptique (*Comptes rendus du Congrès de Médecine mentale de Paris*, 1878, p. 247).

réellement pas eu conscience de ses actes, quoique dans ce cas, au moment où on l'avait prise en flagrant délit, elle eût pu répondre quelques paroles, il est vrai assez obscures, à ceux qui la faisaient arrêter.

Une autre femme avait volé des nattes et d'autres objets à l'étalage d'un coiffeur. On donnait les meilleurs renseignements sur la probité de cette malheureuse femme qui, elle aussi, était une épileptique impulsive. A la suite de ses crises, elle restait inconsciente d'elle-même pendant un temps assez long, et n'avait aucun souvenir de ce qu'elle avait fait [1].

E. Des incendies.

Les tendances incendiaires paraissent être les moins communes de celles qui se produisent dans les impulsions irrésistibles des épileptiques. Il y en a peu d'observations rapportées. Ces tendances existent cependant, et comme le fait remarquer M. Féré, on les voit souvent se produire chez le même individu dans des conditions qui mettent en évidence le caractère de répétition identique des attaques impulsives. On voit lo rs que dans une série d'incendies allumés par un même épileptique, le feu est généralement mis de la même manière [2].

Nous avons plus haut rapporté l'histoire d'un homme qui, après avoir commis un meurtre, disposa certains objets auxquels il mit le feu de manière à allumer un incendie, comme s'il eût voulu faire disparaître les traces de ses attentats.

M. Motet a cité le fait d'un individu, arrêté à l'occasion d'un vingt-troisième incendie allumé dans le même village et à peu près dans les mêmes conditions que les précédents et qui était bien l'auteur des vingt-deux autres. C'était un épileptique vertigineux. Chez lui, l'impulsion pyromaniaque était en permanence, mais elle n'augmentait, au point de faire commettre un délit de ce genre, que sous l'influence d'un appoint d'alcool. Le gardien, qui le surveillait dans sa cellule à la prison, entendit une nuit le bruit d'une chute et trouva

(1) Lunier. — Du vol aux étalages (*Annales médico-psychologiques*, 1880, 2e semestre, p. 221).

(2) Féré. — *Des épilepsies*, p. 152.

l'épileptique à terre dans un état d'immobilité complète, il le remit dans son lit comme une masse. Quelques moments après, cet homme pouvait parler, mais ne se rappelait pas sa chute. Interrogé le lendemain, il se rappelait avoir vu de la paille, du foin qui flambait, et avoir entendu des voix qui disaient : « Cela ne flambera pas ! » et depuis lors il était dans un oubli complet de ce qui avait pu s'ensuivre. Sur les vingt-trois incendies, quinze avaient eu lieu le dimanche soir et par le même procédé; c'étaient des incendies de granges, de hangars, de tout endroit présentant des brins de paille ou de foin, faciles à allumer (1).

Le cas est complexe et l'on peut assurément se demander si l'intoxication alcoolique ne contribuait pas à déterminer la tendance incendiaire. Cependant ce qui se passa dans la prison montre bien que l'épilepsie n'y était point étrangère et qu'elle amenait des hallucinations et un état d'impulsion sous l'influence desquels l'individu agissait.

M. Magnan parle (2) d'un individu qui, au milieu d'accès impulsifs très courts, commettait des actes de toute sorte, dont il ne gardait aucun souvenir et qui, un jour, se surprit ainsi à brûler du linge au milieu de sa chambre, risquant de mettre le feu à la maison.

Les accès de manie épileptique, dans lesquels l'individu commet des actes de tout genre, puis, parmi les impulsions calmes, les accès de vagabondage qui durent plusieurs jours, sont les conditions qui semblent les meilleures pour favoriser la naissance des impulsions incendiaires.

F. Des outrages et des attentats publics a la pudeur. Exhibitionnistes.

Les circonstances dans lesquelles se produisent les actes dont il s'agit ici sont variables. Une catégorie de ceux qui les commettent doit être rangée parmi ceux qu'on appelle des *exhibitionnistes*. Toutefois, la manière dont ils se comportent ne permet pas de les confondre entièrement avec ceux sur qui

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1883, 2e semestre, p. 308.
(2) Magnan. — *Recherches sur les centres nerveux*, 1893, p. 370.

Lasègue a appelé l'attention (1). Ces derniers sont des malades qui ont plus ou moins nettement conscience de ce qu'ils font, qui le plus souvent obéissent à une idée lubrique dont ils sont capables de se rendre compte et dont ils peuvent se souvenir, mais qui sont néanmoins poussés à agir d'une manière involontaire, ou qui, enfin, cèdent à une obsession impérieuse et puissante. L'épileptique qui exhibe ses organes génitaux peut, en certains cas, comme nous allons le voir, paraître obéir à une idée déterminée, mais au moment où il le fait, il n'en a plus réellement conscience et l'événement se produit, comme la plupart des actes équivalents des épileptiques, d'une façon vraiment automatique.

Au degré le plus élémentaire de l'exhibition, même chez les épileptiques impulsifs, nous trouvons le fait d'enlever leurs vêtements sans se préoccuper du lieu où ils sont, des regards qui peuvent les observer. L'acte est absolument machinal et, dans les circonstances de ce genre, on le voit assez souvent se produire. L'épileptique, subissant une tendance désordonnée, peut alors ouvrir ses vêtements ou se déshabiller d'une manière indécente, tout aussi bien qu'il pourraït renverser ou détruire les objets à sa portée ou se livrer à des violences contre les personnes. Gowers estime qu'en pareil cas le fait de se déshabiller peut être le résultat d'une sorte de malaise éprouvé par l'impulsif, ou bien provenir d'une idée inconsciente, entraînant comme conséquence avec elle, le retrait des vêtements, comme il arrive, par exemple, pour aller se mettre au lit. Le malade y cède sans comprendre si c'est le lieu ou le moment de le faire (2).

D'autres fois, l'épileptique commet une indécence en se mettant à satisfaire inopinément un besoin naturel. Aucun fait ne peut mieux donner une idée de ce qui arrive en pareil cas que l'observation curieuse rapportée par Trousseau. Sans doute, elle n'est point, à proprement parler, un fait d'outrage public à la pudeur; mais le malade aurait tout aussi bien pu faire en public ce qu'il est allé faire loin de tout regard, et l'outrage eût été constitué.

Le Président d'un tribunal de province était affecté d'acci-

(1) Lasègue. — Les exhibitionnistes *(Études médicales).*

(2) Gowers. — *Traité de l'épilepsie,* traduc., A. Carrier.

dents nerveux épileptiques sans être jamais tombé du haut mal. Un jour, au milieu d'une audience qu'il tenait, il se lève en marmonnant entre ses dents quelques mots inintelligibles; il passe dans la salle du conseil, puis rentre en séance quelques secondes après, sans savoir ce qu'il vient de faire; si bien que ses collègues lui ayant demandé où il était allé, il ne comprend pas ce qu'ils veulent lui dire et n'a nul souvenir de s'être absenté. A quelque temps de là, la même chose lui étant encore arrivée, l'huissier fut chargé de le suivre; il le vit pisser dans la chambre du conseil, puis reboutonner sa culotte et rentrer dans la salle des séances, ne se doutant pas plus que la première fois de son incongruité. Cependant il s'apercevait bien que, pendant quelques minutes après ses accès, ses facultés étaient un peu troublées (1).

Dans une observation de M. A. Voisin, rapportée par M. Pribat, on voit nettement se produire l'outrage public à la pudeur dans l'acte que nous venons d'indiquer.

L'individu qui fait le sujet de cette observation, et qui était d'ailleurs d'une mise fort correcte, « s'était, en plein jour, dirigé vers une des vespasiennes avoisinant le Pont-Neuf. Là, il avait déboutonné son pantalon, tiré sa verge et, au lieu de pénétrer dans le monument dit d'*utilité publique*. il s'était retourné du côté de la chaussée; il était resté un moment ainsi impassible, paraissant n'accorder aucune attention aux cris d'indignation ou aux éclats de rire que provoquait son attitude, puis s'était mis tranquillement à uriner. Conduit au poste de police le plus proche, il avait paru fort étonné, n'avait fourni que des explications vagues et avait en conséquence été déféré à la justice pour outrage public à la pudeur. C'est alors que le magistrat chargé d'instruire son affaire, ayant trouvé sur lui des ordonnances signées A. Voisin, eut l'idée de se renseigner près de celui-ci qui, mis en présence de l'inculpé, le reconnut pour un de ses clients, que depuis une dizaine d'années il traitait pour épilepsie (2). »

Un acte plus grave est celui dans lequel l'épileptique est entraîné à se livrer à la masturbation. Comme dans le cas précédent, c'est encore une sorte de besoin instinctif qui

(1) TROUSSEAU. — Leçons sur l'épilepsie (*Clinique médicale*, t. II).
(2) PRIBAT. — *De l'exhibition chez les épileptiques*, th. de Paris, 1894, p. 12.

pousse le malade; mais peut-être encore celui-ci a-t-il en même temps quelque idée lubrique inconsciente participant à l'acte qu'il accomplit. En tout cas, il agit sans se préoccuper de savoir s'il est ou non en présence d'autres personnes. M. Pribat en rapporte un exemple qu'il doit aussi à M. A. Voisin.

Un compositeur de musique, âgé de quarante-six ans, sujet depuis son enfance à des absences et à des vertiges, se trouvait un jour dans un grand dîner. Tout d'abord, il n'avait attiré l'attention par aucune anomalie dans ses manières ou dans son langage. « Il s'est levé tout à coup en poussant un cri. On a remarqué qu'il était très rouge. Il est resté ainsi immobile pendant un instant et les membres dans une violente extension. Puis il a poussé de nouveau quelques cris inarticulés et s'est mis à trépigner, à agiter sa main droite. Sa figure à ce moment-là était horrible. Alors il porte la main à son pantalon, se déculotte et se met à se masturber, puis à uriner. Pendant cette dernière période, il était d'une pâleur livide; on a noté chez lui des mouvements fréquents de déglutition. A la suite de cette crise, où du reste il avait tout le temps semblé absolument inconscient de ce qui se passait autour de lui, il avait perdu toute espèce de souvenir de ses actes (1). »

Un autre exemple de la même impulsion a été publié récemment par M. Enrico Morselli.

Il s'agit d'un homme de trente-sept ans qui avait été arrêté sur une des places publiques de Gênes au moment où, en présence de tous les passants, il avait exhibé ses organes génitaux et s'était mis à se masturber. Plusieurs autres fois déjà, cet homme avait été arrêté dans des conditions identiques, et c'était toujours en plein jour, devant un nombreux public, qu'il se mettait à accomplir le même acte, dont il ne conservait ensuite aucun souvenir. Son observation est intéressante en ce que, dans quelques circonstances, il avait conscience des préliminaires de ses impulsions. Il se sentait alors obsédé d'idées lubriques, de pensées érotiques et de tentation de se masturber; quelquefois même il se surprenait portant les mains à ses organes génitaux. Mais, à partir de ce moment, il ne savait plus ce qui avait pu lui arriver. L'acte qu'il accomplissait alors par

(1) PRIBAT. — *De l'exhibition chez les épileptiques,* p. 18.

le fait d'une impulsion irrésistible était sinon la conséquence, au moins la suite des idées qui lui étaient survenues au commencement de la crise. Dans quelques cas, ce même individu était pris d'un besoin de courir analogue à ce qu'on observe dans l'épilepsie procursive. C'était d'ailleurs un très honnête homme, de bonne vie et mœurs en dehors des accès impulsifs. On ne lui connaissait pas d'attaque d'épilepsie convulsive (1).

L'exhibitionnisme n'est pas spécial aux hommes; comme eux, les femmes peuvent y être sujettes. C'est bien une exhibition du genre morbide que commettait une dame qui fut confiée au soin de M. A. Voisin.

Cette dame, passant avec sa bonne sur le boulevard des Italiens, en plein jour, s'était mise tout à coup à déboutonner son corsage et avait exhibé ses seins, malgré les efforts de la bonne pour l'en empêcher. Arrêtée aussitôt et conduite devant le commissaire de police, elle avait paru fort étonnée de s'y trouver et avait nié avec énergie l'acte incriminé, ajoutant cependant qu'il lui arrivait parfois de s'entendre attribuer des faits dont elle n'avait aucun souvenir (2).

Dans ces divers cas, l'acte délictueux est commis de telle sorte que son auteur semble en être manifestement inconscient, et que ceux qui l'observent pourraient ne pas s'y tromper, s'ils y regardaient attentivement. Mais d'autres fois les circonstances présentent un ensemble tel que, de prime abord, on peut croire que le délinquant sait ce qu'il fait et est en possession de lui-même. Les actes commis de cette manière présentent comme les autres divers degrés de gravité.

Un homme de cinquante ans, observé par M. P. Garnier, fut arrêté dans l'église Saint-Roch au moment où il se déshabillait complètement en disant qu'il allait monter au ciel. Le lendemain, il ne se rappelait pas du tout avoir fait rien de tel. Cet homme était un vertigineux, qui présentait des signes d'épilepsie convulsive (3). Son outrage à la pudeur n'était pas d'une grande gravité. Comme il avait parlé en l'accomplissant, on pouvait croire qu'il en avait régulièrement conscience.

(1) Enrico Morselli. — Esposizione accessuale degli organi genitali (esibizionismo) come equivalente epilettoide (*Bollettino della Accademia medica di Genova*, t. IX, 1894).

(2) Pribat. — *De l'exhibition chez les épileptiques*, p. 11.

(3) Pribat. — *Ibid.*, p. 11.

Un acte un peu plus grave est celui que commettait un autre épileptique, arrêté dans la même église Saint-Roch et dont parle M. Magnan. Il s'était mis, lui aussi, à se déshabiller en criant : « Je veux montrer mon c... » Et peu d'instants après il affirmait n'être jamais entré dans l'église en question [1].

M. Vallon a rapporté, à la Société médico-psychologique, un fait où l'acte incriminé était de la plus grande gravité, et dont l'auteur, en l'accomplissant, avait parlé de telle sorte qu'il avait bien l'air de savoir ce qu'il faisait.

L'individu, âgé de quarante-trois ans, était inculpé d'un attentat à la pudeur commis dans les circonstances suivantes: « Un dimanche soir, vers huit heures et demie, il descend à la cave avec sa fille aînée; il était en train de tirer du vin à la barrique, quand tout à coup il se relève brusquement, déboutonne son pantalon, sort sa verge et s'avance vers sa fille en lui disant : « Prends-la, prends-la! » L'enfant effrayée se met à crier : « Non, papa, non, papa! » La mère, qui était au rez-de-chaussée accourt, et voit son mari la verge à la main, l'air hébété, répétant ces mots : « Prends-la, prends-la ! » Interrogé sur ce fait, cet homme répond, avec toutes les apparences de la sincérité : « J'étais en train de tirer du vin, j'ai été pris d'un vif besoin d'uriner, je me suis levé. A ce moment, j'ai eu un étourdissement comme j'en ai quelquefois; que s'est-il passé alors? Je n'en sais rien ou plutôt je ne le sais que par le récit qu'on m'en a fait. Quand ma femme est arrivée, j'ai été tout étonné de me voir la verge à la main devant ma fille. » Le même jour, il avait un peu bu, mais son acte ne semble pas le fait de l'ivresse. D'autre part, il était sujet à des étourdissements, à des vertiges au moment desquels on le voyait pris d'une pâleur subite. Son acte impudique était complexe; on aurait pu croire qu'il en était conscient à la manière d'un homme sain d'esprit; ses paroles, son insistance permettaient de le supposer. En réalité, comme l'a fort justement soutenu M. Vallon, il l'avait accompli en épileptique, d'une manière impulsive et sans en garder ensuite aucune conscience [2].

(1) MAGNAN. — *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, p. 36.

(2) VALLON. — Rapport médico-légal sur un attentat à la pudeur commis par un épileptique (*Annales médico-psychologiques*, 1894, 2e sem., p. 116).

Notons, en terminant, que les outrages publics à la pudeur peuvent, comme plusieurs autres sortes d'actes impulsifs, faire partie d'une de ces impulsions au vagabondage, de ces fugues déambulatoires qui constituent essentiellement la tendance de certains épileptiques.

VII. — Séméiologie des impulsions irrésistibles des épileptiques.

Les impulsions irrésistibles des épileptiques peuvent se présenter dans deux conditions assez nettement distinctes l'une de l'autre : ou bien elles surviennent au milieu de l'appareil d'une excitation maniaque qui, comme nous l'avons vu, peut aller jusqu'à la fureur la plus violente ; ou bien elles se développent avec des allures calmes, si calmes même parfois, que leur nature et leurs dangers ne se révèlent que par les actes qui en sont la conséquence.

Ce n'est pas à dire que la différence entre ces deux conditions soit toujours nettement tranchée, et l'on peut avoir à observer des individus dont l'état impulsif participe de l'une et de l'autre. Mais cette réserve faite, il n'en reste pas moins qu'on se trouve en présence de deux manières d'être sensiblement dissemblables.

Établissant une analogie heureuse, d'une part, entre ces manières d'être des impulsions dans l'épilepsie et, d'autre part, entre les manifestations convulsives de la névrose, à savoir les grandes attaques complètes et les attaques incomplètes désignées sous les noms d'*absences* et de *vertiges,* M. J. Falret a proposé de donner à l'une le nom de *petit mal intellectuel,* à l'autre le nom de *grand mal intellectuel* (1).

Il avait même pensé qu'on pouvait établir des liens de parenté intimes soit entre les absences, les vertiges et le petit mal intellectuel, soit entre le grand mal intellectuel et les attaques convulsives complètes.

(1) J. FALRET. — *État mental des épileptiques,* 1860.

Sans doute, cette affinité existe dans un bon nombre de cas, et l'on voit la manie furieuse succéder aux attaques convulsives intenses ou répétées, comme on voit les impulsions calmes succéder aux absences et aux vertiges; mais il y a tant de cas où elle n'existe pas qu'on n'est pas en droit de l'ériger en règle. Des réserves qui ont été exprimées, il résulte que la concordance, vraie en principe, ne l'est pas toujours en fait. « Les plus redoutables attaques de fureur que j'ai observées, dit Echeverria, étaient des traces patentes d'accès de petit mal et leur production n'a pas été exceptionnelle, car elle s'est répétée chez un nombre assez élevé de malades. D'autre part, j'ai souvent constaté, après une série d'attaques convulsives ou de grand mal, soit seules, soit réunies, un état de folie inoffensive et la plus profonde mélancolie avec stupeur, sans que les réactions violentes ou grand mal intellectuel, signalées par M. J. Falret, se soient manifestées à aucune période [1]. »

La manie furieuse impulsive des épileptiques présente des caractères spéciaux dont nous nous occuperons tout d'abord.

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles elle se produit, généralement elle survient d'une manière brusque, inopinée, sans être indiquée par aucun phénomène précurseur. Quelquefois cependant elle s'annonce de diverses manières: le malade se montre plus irritable que de coutume; les tendances impulsives de son caractère, celles sur lesquelles nous avons insisté comme étant propres au tempérament épileptique, se montrent plus vivement; il a de l'inquiétude, une plus grande susceptibilité. On peut aussi, comme l'indique M. J. Falret, lui voir de la céphalalgie, des vomissements, de la rougeur ou un éclat plus brillant des yeux, de l'altération de la voix, de légers mouvements de la face ou des membres.

Ces prodromes n'ont jamais une longue préexistence et ne précèdent guère que de quelques heures l'explosion de la fureur impulsive.

Celle-ci surgit alors et se montre avec un ensemble de traits saisissants. En quelques instants, avec une rapidité

[1] ECHEVERRIA. — La folie épileptique (*Comptes rendus du Congrès de Médecine mentale de Paris,* 1878).

extrême, la violence atteint son paroxysme et le malade arrive aussitôt aux dernières limites de la fureur, fureur aveugle, comme le constate très justement M. Christian, fureur indomptable, dont aucune description ne saurait peindre l'intensité. Et c'est pendant cette fureur que se produisent les agressions les plus terribles. L'épileptique est entraîné invinciblement à détruire ; il semble avoir besoin d'épuiser son excitation en se livrant aux pires violences contre ce qui l'entoure. Heureux s'il ne s'en prend qu'aux objets à sa portée, qu'il brise et met en pièces, s'acharnant sur eux avec une opiniâtreté extrême. Mais souvent aussi il s'attaque aux personnes et, s'il a la liberté de le faire, peut en quelques instants commettre une série de meurtres plus épouvantables les uns que les autres.

La fureur des épileptiques a souvent son origine et, en tout cas, trouve son aliment dans des hallucinations de l'ouïe et de la vue, qui doivent évidemment avoir un caractère d'obsession terrifiante. « Le caractère d'extrême violence, dit M. J. Falret, n'est pas le seul qui distingue la manie épileptique. Un fait également très remarquable, c'est la nature terrifiante des idées qui dominent ces maniaques et la fréquence des hallucinations de même nature qui se produisent chez eux, hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et surtout de la vue. Ces malades ont des visions presque continuelles ; ils voient des objets effrayants, des spectres, des fantômes, des assassins, des hommes armés qui se précipitent sur eux pour les tuer ; ils aperçoivent sans cesse des objets lumineux, des flammes, des cercles de feu et, chose digne de remarque, la couleur rouge ou la vue du sang prédominent fréquemment dans leurs visions. » C'est de là, sans doute, que l'expression « voir rouge » est devenue synonyme d'un entraînement terrible à verser le sang d'autrui.

L'hallucination prend une telle prépondérance dans la fureur impulsive des épileptiques que, suivant Delasiauve, c'est elle qui entretient l'agitation du malade. « L'agitation, dit-il, ne se maintient en général qu'autant que ces hallucinations subsistent [1]. » A quoi M. Christian ajoute que c'est elle

[1] DELASIAUVE. — *Traité de l'épilepsie*, p. 155. Paris, 1854.

qui est la cause première des actes de violence auxquels l'épileptique s'abandonne dans son délire; c'est elle qui arme son bras et qui dirige ses coups. « Il se voit entouré de flammes, enveloppé dans un nuage de sang, des spectres effrayants se dressent devant lui; une voix lui répète sans cesse : « Tue! tue! frappe! » et il est entraîné ainsi à frapper au hasard, à coups répétés, jusqu'à ce que l'hallucination cesse ou que le bras fatigué se refuse à continuer. On s'explique ainsi que, dans un accès de délire, l'épileptique frappe plusieurs victimes et qu'il les frappe à coups répétés, s'acharnant sur elles avec une rage aveugle. Telle une machine lancée en avant, avec une puissance irrésistible, broyant tout sur son passage et ne s'arrêtant que lorsque la force d'impulsion est épuisée (1). »

C'est, sans doute, aussi sous l'influence des hallucinations que l'épileptique en fureur manifeste des idées de persécution; le plus souvent, il se croit empoisonné et le répète avec insistance. Un malade de M. Magnan prétendait se sentir attiré par une force irrésistible vers le haut du lit. « Un fluide, disait-il, s'échappe de ma tête et m'entraîne vers la muraille. » Ces idées de persécution sont, elles aussi, à leur tour, les causes d'impulsions nouvelles.

Dans quelques cas, l'accès de fureur finit assez rapidement, sans récidive immédiate. Mais, le plus souvent, il s'éteint graduellement; des retours d'excitation, accompagnés d'autres violences et d'impulsions aveugles, peuvent se reproduire jusqu'au dernier moment. L'ensemble de la crise se prolonge ainsi plusieurs jours; enfin, le malade tombe dans un profond abattement, qui peut aller jusqu'à la stupeur, et en sortant de là il peut se retrouver tout à fait à son état normal.

Arrivons maintenant aux caractères généraux des impulsions épileptiques; ils appartiennent aussi bien, sauf modifications de détails, aux impulsions agitées qu'aux impulsions calmes.

L'impulsion étant à elle-même son premier symptôme, il

(1) Christian. — *Épilepsie*, p. 115-116.

semblerait utile qu'elle fût définie et étudiée tout d'abord en elle-même. Mais ce serait là une étude de psychologie qu'il n'est point utile d'approfondir ici.

D'une manière générale, l'impulsion est un phénomène dans lequel l'individu est entraîné irrésistiblement, malgré lui, à commettre un acte. Tantôt il en a conscience, tantôt il ne s'en rend aucun compte. Ce dernier cas est celui qui se produit habituellement dans l'état qui nous occupe. Il s'agit alors d'une sorte de phénomème réflexe, où les centres d'action sont mis en mouvement sans qu'il y ait participation des forces intelligentes, sans que pour ainsi dire ces forces entrent en jeu avec le concours de la volonté de celui qui est entraîné à agir. M. Ribot a pu, non sans raison, comparer l'impulsion à une convulsion vraie, qui ne diffère de la convulsion ordinaire « que parce qu'elle consiste en mouvements associés et combinés en vue d'un résultat déterminé » (1). Ces mouvements, qui se transforment en action, sont accomplis eux-mêmes, soit en vertu des habitudes acquises et des aptitudes de l'individu, soit en vertu des circonstances qui leur donnent telle ou telle direction. L'état qui en résulte est l'automatisme proprement dit, dont les deux éléments essentiels sont d'être spontané et de se manifester d'une manière en quelque sorte mécanique. Les actions automatiques peuvent d'ailleurs être complexes, indépendantes les unes des autres, et constituer ainsi une série d'actes analogues à ceux qu'accomplit l'homme conscient et en possession de sa volonté.

Ces divers caractères de l'impulsion et de l'automatisme s'observent dans les manifestations épileptiques et contribuent à les déterminer.

Les impulsions, celles mêmes qui sont indépendantes du délire maniaque, sont quelquefois annoncées par des prodromes, sur la possibilité desquels M. J. Falret a appelé l'attention. Dans les heures qui précèdent, les malades ont alors un état de tristesse ou d'abattement, du vague dans la tête, une demi-conscience qu'ils vont être entraînés malgré eux à des actes imprévus; ils ont le sentiment de leur impuissance

(1) Ribot. — *Les maladies de la volonté*, p. 73. Paris, 1883.

et comprennent qu'ils sont dominés par une force supérieure à laquelle ils ne peuvent résister. Ils disent qu'ils ne sont plus eux-mêmes, que le mal les pousse, qu'ils ont en eux un mauvais esprit qui les domine. Ces prodromes peuvent appartenir d'ailleurs, non seulement aux impulsions, mais aussi aux attaques d'épilepsie, complètes ou incomplètes, qui les précèdent.

Le premier caractère des impulsions irrésistibles est leur soudaineté, l'instantanéité de leur apparition.

Cette instantanéité n'est relative qu'au mode de début et ne veut point dire que l'accès ne dure nécessairement qu'un moment; ce qui se passe dans certains faits de vagabondage prolongé l'indique suffisamment. Toutefois, il est des cas où l'acte n'a réellement pas plus de durée qu'un vertige ou qu'une absence. L'impulsion est aussi rapide qu'une décharge électrique; elle en a la brusquerie et en quelque sorte la brièveté. Tel malade vide ses poches en un clin d'œil; tel autre accomplit une course rapide. D'autres frappent leurs voisins, se livrent à des violences diverses, même à des meurtres, tout cela sans y mettre presque plus de temps qu'il n'en faut pour l'écrire. « Ce qui caractérise les impulsions des épileptiques, dit M. Féré, c'est leur soudaineté. Le malade est précipité d'une manière absolument inopinée. Cette décharge épileptique, à l'aide de laquelle on explique le mouvement morbide, se produit en un moment; il semble qu'elle permette la mise en jeu d'un mécanisme tout prêt à agir et qui n'attendait qu'un déclanchement pour entrer en action. Il se produit alors un véritable coup de théâtre et un changement à vue qu'on pourrait appeler féerique s'il n'était point souvent plutôt diabolique par la gravité des scènes dont il est le point de départ. Au moment où l'ictus se produit, le malade ne s'appartient plus et dès lors il sera entraîné à agir comme un véritable automate. »

Le coup de théâtre peut s'accomplir avec grand fracas et se signaler par un de ces actes qui sollicitent vivement l'attention d'autrui; mais il peut aussi se produire d'une manière très calme, sans que personne autour de l'individu atteint puisse soupçonner le changement qui s'est opéré en lui. Il n'y a, pour cela, aucun exemple plus frappant à citer que celui du malade

dont Charcot a parlé. Cet homme est à ses affaires; il fait les commissions dont il est chargé. Tout à coup, il est frappé d'un accès impulsif, il entre dans une crise et ce n'est qu'à huit jours de là qu'il se ressaisit et revient à lui. Dans ce laps de temps, personne n'a remarqué que cet homme était en somme un véritable aliéné. Et cependant, comme il s'est trouvé à cent lieues de chez lui, qu'il avait longuement voyagé, d'une manière ou d'une autre, il avait dû accomplir toute la série d'actes complexes d'un voyageur ordinaire et circuler pendant toute une semaine sans attirer l'attention sur lui par quoi que ce soit d'extraordinaire.

On a coutume de dire que les épileptiques, au cours de leurs impulsions irrésistibles, sont inconscients de ce qu'ils font, et ce serait là un deuxième caractère de leur état morbide. Il faut examiner de près cette inconscience et en bien préciser le caractère.

Il est de fait que, dans bien des cas, le malade ne se rend aucun compte de ce qui lui arrive. Son accès impulsif est court; les actes qu'il accomplit ont un cachet d'automatisme inconscient bien accusé et on ne saurait méconnaître qu'il n'en a aucune perception. Ainsi en est-il de ces épileptiques impulsifs qui mettent inopinément dans leurs poches tout ce qui leur tombe sous la main, ou inversement de ceux qui, au contraire des précédents, vident rapidement leurs poches et jettent au hasard ce qui s'y trouve.

Mais pour peu que ces actes soient complexes, qu'ils ne puissent s'accomplir que dans un certain laps de temps, ils ne peuvent évidemment être faits avec une inconscience réelle et absolue. C'est ce que M. Féré fait très bien ressortir : « Si les actes en question, dit-il, sont inconscients, on doit convenir qu'il s'agit d'une singulière inconscience. Lorsqu'un épileptique fait une fugue dite *inconsciente,* il est capable de se rendre dans une ville où il n'est jamais allé, en se conduisant de telle façon que personne ne le remarque; il donne des preuves d'initiative et agit comme il pourrait le faire en état de santé, en tenant compte de ses connaissances acquises, c'est à dire en donnant la preuve de la conservation de la mémoire. » Et plus loin : « L'inconscience est un des caractères que l'on

considère comme fondamentaux du délire épileptique. Mais comme je viens de le dire, l'inconscience n'est pas un phénomène nettement déterminé. Nous ne pouvons jamais savoir au juste si un épileptique est un être conscient ou un pur automate dont les actions sont trop rapides pour pouvoir être enregistrées par le sensorium, ou si ces réactions ont pour centres d'autres éléments que les cellules des centres psychiques [1]. »

Les manifestations de la conscience au cours des accès impulsifs sont relativement assez nombreuses et il est généralement facile de les constater. Les malades voient, entendent, touchent avec discernement. S'ils ne voyaient pas, ils ne pourraient pas se diriger comme ils le font et atteindre avec précision les objets qu'ils visent ou qu'ils ont besoin de prendre. La preuve qu'ils entendent, c'est qu'ils peuvent engager des conversations, faire des réponses qui n'ont rien de déraisonnable et qui s'adaptent parfaitement aux circonstances. Ils le font même au milieu de l'accès de fureur impulsive le plus violent; ils interpellent alors les personnes qui sont autour d'eux, leur font des observations justes et appropriées et quelquefois leur disent des injures qui les visent directement. Quel que soit leur état de calme ou d'agitation, ils donnent les signes d'une activité mentale qui, malgré l'état où ils se trouvent, semble tout à fait identique à celle d'un homme réellement conscient.

Ce n'est pas à dire que quand ils répondent aux questions leurs paroles soient toujours justes; souvent aussi elles sont incohérentes, obscures et ne signifient rien. Mais, quoi qu'il en soit, ils répondent, et cela seul suffirait à prouver un certain degré d'activité mentale consciente.

Il arrive encore que le malade se met de lui-même à déclamer et que ce qu'il débite semble conscient et réfléchi. David Finlay parle d'un épileptique qui, dans ses accès impulsifs, prit plusieurs fois la parole au temple et adressa des discours à ses coreligionnaires. Un jour, un de ses amis lui demanda quelques explications sur ce qu'il avait dit la veille dans son espèce de sermon ; mais il ne se rappelait pas du tout ce qu'il

[1] Féré. — *Des épilepsies*, p. 130-112.

avait fait et soutint qu'il n'avait point parlé. Il fallut que le pasteur le lui affirmât pour qu'il le crût (1).

M. Vallon a récemment fait connaître à la Société médico-psychologique l'histoire d'un épileptique impulsif qui, pendant un accès d'impulsion, avait prononcé des paroles se rapportant à l'acte qu'il faisait et, à ce sujet, M. Joffroy a insisté sur la particularité en question, rappelant que certains auteurs avaient soutenu qu'elle ne se produisait pas et il a cité à ce propos une cuisinière qui, un jour qu'on lui demandait : « Que faites-vous? » répondit : « Je plume mon poulet, » et, une autre fois, à une question analogue : « J'écaille mon poisson (2). »

Il arrive encore souvent que des impulsifs, au cours de leurs accès, ont des altercations avec autrui, altercations qui, en certains cas, peuvent avoir un caractère nettement délictueux. Un individu que nous avons observé s'était vu plusieurs fois dresser procès-verbal par des agents de l'autorité publique, à qui, sans s'en rendre compte, il avait dit des injures. On le croyait en état d'ivresse, alors qu'il était en état d'impulsion épileptique. Une observation de M. Magnan est bien intéressante à ce point de vue. « Un individu, tailleur d'habits, âgé de quarante-trois ans, fils d'épileptique, avait coutume, après ses attaques, de se montrer grossier et violent à l'égard de ses camarades, des agents de police ou des passants qui s'empressaient autour de lui pour le secourir. Arrêté pour vagabondage pendant une fugue consécutive à une attaque, il comparaît devant le tribunal trois heures après une crise. Il marche à côté des gardes, répond d'une façon correcte à quelques questions qui lui sont posées; puis, pendant l'audience, sans nul motif, se met à injurier et à menacer le Procureur de la République. Les magistrats, séance tenante, le condamnent pour ce fait à deux ans de prison. Il ne répond pas, reste silencieux sur son banc, se retire dès qu'on l'y invite. Le surlendemain, à la prison, on lui demande les motifs de sa conduite, de son attitude à l'audience; il est très surpris de ce qu'on lui apprend, car tout ce

(1) David Finlay. — *Clinical Observations on epileptic insanity*, p. 29. Glascow, 1888.
(2) *Annales médico-psychologiques*, juillet 1894.

qui s'est passé est non avenu pour lui. Des scènes analogues se sont reproduites deux autres fois sous les yeux de M. Magnan, dans son service (1).

Des faits de ce genre peuvent certainement en imposer à un observateur inattentif et lui faire porter sur les actes qu'il voit faire un jugement erroné. Que dire des cas où un homme expérimenté s'y trompe lui-même? C'est cependant ce qui est arrivé à M. Magnan qui raconte un cas où il s'est laissé abuser par une lucidité apparente et non réelle.

Ce cas concerne un individu qui avait des vertiges fréquents, suivis eux-mêmes d'un accès de délire impulsif, de courte durée, débutant et cessant brusquement. Amené dans le service de M. Magnan, cet homme eut, dès le lendemain de son entrée, un accès de délire; il avait une vive excitation, cherchait à frapper dès qu'on tentait de lui résister et croyait être mort, puis s'être fait ressusciter à l'aide d'un moyen qui devait faire vivre tout le monde éternellement. Il avait à la fois des idées ambitieuses et des idées de persécution qui pouvaient le faire considérer comme étant atteint de délire systématisé. Mais le fait curieux au point de vue actuel, c'est qu'à ce moment le malade put soutenir une conversation d'une demi-heure, au cours de laquelle il répondit avec une certaine lucidité sur toutes les questions, si bien que M. Magnan se méprit sur la nature de la maladie; mais le lendemain, après la chute du délire, on fut dans l'impossibilité de retrouver dans le souvenir du malade la moindre trace de cette longue conversation.

Dans une thèse récente, inspirée par M. Lemoine, M. Hennocq a appelé l'attention sur des faits encore peu connus, rares d'ailleurs, que l'on doit assurément considérer comme des exceptions, mais qui contribuent à faire croire que cette conscience conservée par les épileptiques au cours de leurs accès impulsifs est bien une conscience réelle. Les faits dont il s'agit concernent des individus qui, au milieu de crises convulsives généralisées très évidentes, conservaient la connaissance d'eux-mêmes et de leur état, et pouvaient en rendre

(1) MAGNAN. — *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, p. 54.

témoignage en répondant aux questions qui leur étaient posées. Nous avons vu que même fait se produisait habituellement dans l'épilepsie partielle et y était plutôt la règle. Dans l'épilepsie généralisée, en raison de sa rareté, le fait a beaucoup plus d'intérêt.

Une des observations de M. Hennocq concerne une femme de trente-neuf ans, ayant jusqu'à huit ou dix grandes attaques par mois et, en outre, assez souvent des absences et des vertiges. Voici ce qui est rapporté au sujet d'une de ces grandes attaques; c'est M. Lemoine qui parle : « Le hasard me fit un jour assister à une de ses crises convulsives; un matin, en faisant la visite, je lui demandai de ses nouvelles et je causai avec elle; elle répondait correctement. Tout à coup, je la vis pâlir, en même temps que son corps se raidissait. Elle n'en continua pas moins la phrase qu'elle avait commencée, mais en manifestant dans la parole une grande gêne, due évidemment au spasme des mâchoires. Ce spasme tonique fut suivi, comme dans une crise classique, de la phase de convulsions. Voyant que, pendant ce temps, cette femme conservait la connaissance entière, je lui posai des questions auxquelles elle répondit les dents serrées, mais d'une façon distincte. « Où » avez-vous mal? — A la tête. — Souffrez-vous beaucoup? — » Oh! oui, beaucoup. — Nous voyez-vous bien? — Oui. — Com- » bien sommes-nous devant vous? — Vous êtes trois. » La période clonique fut forte, complète et les secousses ne parurent pas prédominer d'un côté plus que de l'autre. Dès que les convulsions eurent cessé, la malade tomba dans un état d'abattement profond; elle demandait qu'on la laissât tranquille, qu'on ne lui parlât pas, disant qu'elle voulait dormir. Il n'y eut pas chez elle de période stertoreuse. Cette malade fut mise en observation et l'on reconnut que presque toutes ses crises évoluaient comme celle qui vient d'être décrite. Depuis longtemps, du reste, les personnes qui entouraient la malade avaient remarqué la singularité de ses accès. Ce n'était que de temps en temps que dans ses crises elle perdait tout à fait connaissance. Il importait de savoir si elle n'avait pas d'hystérie associée à l'épilepsie. La recherche des stigmates hystériques fut faite avec le plus grand soin et resta complètement négative. Ayant eu occasion, deux mois plus tard, d'as

sister à une nouvelle crise, je constatai le même appareil symptomatique que la première fois (1). »

M. Hennocq rapporte deux autres observations qui ont beaucoup d'analogie avec la précédente.

S'il est donné de voir la connaissance conservée au milieu d'une attaque convulsive vulgaire, contrairement à toutes les notions courantes, comment s'étonner de voir la conscience réellement conservée au milieu de ces équivalents psychiques qui, du côté intellectuel, sont la manière d'être de la convulsion? La constatation de ce fait a une très grande importance au point de vue de la médecine légale et nous devrons en temps voulu y insister encore.

Ainsi donc, en fait, bien que dans un bon nombre de cas les épileptiques impulsifs soient inconscients de ce qui leur arrive et de ce qui se passe autour d'eux, dans d'autres cas ils conservent la connaissance, et ces derniers sont relativement assez nombreux et assez significatifs pour qu'on ne puisse pas regarder l'inconscience comme un signe absolu d'impulsion épileptique irrésistible.

Mais en réalité cependant, on est justifié de dire que l'inconscience fait partie de ces impulsions, parce qu'elle résulte de l'évolution même de la crise et qu'elle provient d'un autre phénomène bien plus important, presque constant, sinon même vraiment constant, alors qu'il peut ne pas être absolu, et qui est l'amnésie, la perte du souvenir des actes accomplis et des faits passés pendant la crise impulsive.

L'amnésie doit être considérée comme le signe le plus important des impulsions irrésistibles des épileptiques. Bien qu'on la rencontre dans d'autres états morbides, dans d'autres formes impulsives, notamment celles des hystériques, nulle part ailleurs elle ne se présente avec les allures qu'elle prend dans l'épilepsie; aussi lorsqu'elle peut être constatée avec certitude permet-elle de caractériser nettement le trouble morbide auquel elle se rattache.

Elle porte sur la phase impulsive elle-même; elle commence et prend fin avec elle, si bien qu'elle constitue une lacune très

(1) HENNOCQ. — *De l'épilepsie avec conscience*, th. de Lille, 1894.

nette dans la vie consciente de l'individu. Celui-ci, l'accès passé et revenant à lui, alors même qu'il aurait paru avoir une certaine connaissance au cours de l'accès, ne se rappelle plus ce qu'il a fait, ce qu'il a dit, ce qui lui est arrivé.

Qu'est-ce donc que cette amnésie et en quoi a-t-elle sa source?

On a pu la considérer comme un résultat de l'inconscience de l'épileptique pendant son accès impulsif. Telle semble être l'opinion de M. Burlureaux qui dit : « Suivant que la conscience a été plus ou moins profondément obnubilée pendant l'accès, le souvenir en est plus ou moins vague et le plus souvent il fait complètement défaut. » Mais cette manière de concevoir les choses ne répond évidemment pas à la réalité, puisqu'il y a des cas nombreux où l'impulsif a paru bien conscient pendant l'accès et ensuite ne se rappelle rien.

On peut se demander si l'amnésie n'est pas le résultat d'un épuisement de la force nerveuse, d'une inhibition ayant toute la soudaineté de l'ictus lui-même et venant au dernier moment couper court à toutes les manifestations du souvenir qui auraient pu s'emmagasiner durant l'accès. M. Féré fait à ce sujet une observation qui confirmerait cette manière de voir. « L'amnésie post-paroxystique des épileptiques présente, dit-il, la plus grande analogie avec l'amnésie rétroactive qui se produit quelquefois en conséquence des chocs traumatiques ou moraux. Or, quand un individu sort de chez lui, descend son escalier, traverse le trottoir et vient à perdre la mémoire par le fait d'un choc qu'il a subi en mettant le pied sur la chaussée, qui peut dire que cet homme était inconscient quand il a fermé sa porte, sous prétexte qu'il ne se souvient plus de cet acte? » Ici le choc traumatique est remplacé par le choc épileptique; la production de l'amnésie, dans les conditions dont il s'agit, serait le dernier terme de l'ictus épileptique pris dans son ensemble; de telle sorte que, si l'on parvenait à supprimer ce moment final, l'individu ainsi ébranlé pourrait garder le souvenir de toutes les manières d'être conscientes qu'il a eues au cours de son accès.

Cette explication est assurément satisfaisante. Cependant elle laisse encore des points obscurs. Ainsi, il est difficile de la concilier avec un des autres symptômes dont nous aurons à

parler, à savoir l'identité des accès impulsifs entre eux, identité qui est telle que, dans chacun de ses accès, le malade reproduit les mêmes actes, les mêmes paroles, manifeste les mêmes sentiments, les mêmes tendances que dans les accès précédents. Comment concilier cette répétition, cette sorte de reviviscence du souvenir avec l'épuisement qui à la fin d'une crise aurait détruit les éléments mêmes du souvenir?

D'autre part, il faut admettre que l'épuisement n'est pas toujours absolu, si l'on considère des cas dont nous avons à parler et dans lesquels l'amnésie elle-même n'est pas absolument complète.

Ces cas sont de différents genres. Il en est dans lesquels le malade a spontanément une notion assez obscure, assez vague de certains incidents de sa crise. Il ne se rappelle pas tout; mais quelques particularités ont laissé leur empreinte dans la mémoire et ne se sont point effacées. Un jeune homme, sujet depuis plusieurs années à des impulsions au vagabondage, étant devenu soldat, eut à subir des punitions sévères en raison de fugues nouvelles qu'il fit au cours de son temps de service. Comme il avait des vertiges, on finit par comprendre que ces fugues devaient être des manifestations d'automatisme comitial; elle duraient plus ou moins longtemps; le malade marchait constamment et il conservait ensuite un vague souvenir de ce qu'il avait fait(1). Un individu, observé par M. Féré, avait des accès dans lesquels il était entraîné à une épouvantable gloutonnerie et après lesquels il se rappelait, vaguement, il est vrai, mais se rappelait néanmoins qu'il était rentré chez lui et qu'il avait mangé. Cependant il était toujours surpris de la quantité et de la nature des aliments qu'il avait ingérés et qu'une indigestion ne tardait pas à lui faire rendre.

Il est d'autres cas où le souvenir, également assez vague, ne s'exerce pas spontanément, mais revient par une sorte de réflexion, de retour sur lui-même que fait le malade ou grâce aux indications que lui donne son entourage. Un malade de M. Féré présente assez souvent, à la suite d'attaques convulsives, des périodes de délire impulsif au cours desquelles, pendant un quart d'heure ou une demi-heure, il se livre à des

(1) Guyot. — Automatisme ambulatoire (*Revue médicale de l'Est*, 1er juin 1891. — Résumé dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 13 juin 1891).

violences de toute sorte. Quand il revient à lui, il ne conserve d'abord aucun souvenir de ce qui s'est passé; mais quand il a repris ses occupations, il lui arrive, au bout d'une heure et même plus, de revenir dans la pièce où il s'est livré à ses impulsions pour voir les dégâts matériels qu'il a pu produire. Il se souvient alors qu'il a soulevé ou bousculé tel ou tel meuble et qu'il a risqué de le briser ou d'en frapper les assistants (1).

Les manifestations du souvenir, telles que nous venons de les voir, sont toujours imparfaites, obscures, incomplètes. Faudrait-il aller plus loin et considérer comme appartenant à l'épilepsie des cas d'impulsion où le souvenir des actes accomplis pendant l'accès impulsif a été plus nettement conservé que dans les cas précédents et même a pu rester complet? M. J. Falret n'a pas hésité à le faire et, à l'appui de son opinion, il a cité l'exemple fameux, observé par Gall et rapporté par Esquirol, du paysan de Bohême chez lequel, les accès d'épilepsie convulsive ayant disparu, avaient été remplacés par des accès impulsifs intermittents, dans lesquels il était invinciblement entraîné à commettre des meurtres et où il demandait à être chargé de chaînes pour être empêché de suivre ses impulsions, dont il avait conscience et qu'il se rappelait après l'accès.

Les faits de ce genre sont fortement contestés en tant que manifestations de la névrose épileptique. Cependant ils demanderaient à être étudiés encore, à être éclairés à l'aide d'observations nouvelles. Que l'on considère, par exemple, ce qui arrivait d'une malade citée par Ball : cette malade était en puissance de manifestations épileptiques; elle était sujette à des impulsions et se rappelait nettement ce qu'elle y avait fait. « Ainsi un jour, au milieu de sa crise, elle dit à son mari : « Je vais te mordre; » puis, elle s'est efforcée de mettre à exécution cette menace; elle l'a mordu et lui a craché à la figure. Au réveil, elle s'est parfaitement rappelé cette circonstance; elle a dit à son mari : « Ne t'ai-je pas dit que j'allais te mordre et ne t'ai-je pas effectivement mordu et craché à la figure? » Dans une autre crise qui s'est produite

(1) Féré. — *Des épilepsies*, p. 148.

pendant la nuit, elle a quitté son lit pour aller à sa table à ouvrage; elle y a pris du fil, des aiguilles et tout ce qu'il faut pour coudre. Le lendemain matin, à son réveil, elle eut un souvenir très net de ce qui s'était passé et elle en fit part à sa mère, qui en demeura surprise. Un autre jour, au milieu d'une attaque, elle saisit un encrier qui se trouvait sur un meuble et le jeta à la tête de sa mère. Quelques minutes plus tard, l'accès ayant passé, elle se rappela spontanément ce qu'elle avait fait et se confondit en excuses. Or, dans l'immense majorité de ses autres crises, cette femme ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était produit (1). »

D'autre part, pour l'étude à faire de la conservation de la mémoire dans les accès d'épilepsie impulsive, il y aurait à tenir grand compte de ce que Hennocq rapporte à propos des cas d'épilepsie convulsive avec conscience dont nous avons parlé plus haut. Il dit, en effet, que la malade dont il donne le plus longuement l'histoire, non seulement conservait la connaissance au milieu des convulsions, mais encore que, l'attaque passée, elle se rappelait ce qu'elle y avait dit et fait. Le lendemain d'un jour où on avait assisté à une attaque où la conservation de la conscience avait été manifeste, voulant savoir si elle avait conservé le souvenir de sa crise et de ce qui s'était passé pendant qu'elle l'avait, on l'interrogea à cet égard; « et, dit l'observateur, elle m'en rapporta tous les détails, sans rien omettre, montrant ainsi qu'il n'y avait eu chez elle ni perte de la conscience pendant l'accès ni amnésie consécutive. »

Ces diverses observations, celles même où le souvenir des actes n'est qu'imparfait, confus, obscur, ôtent-elles quelque valeur à l'amnésie en tant que signe des impulsions irrésistibles des épileptiques? Et sous ce rapport donnent-elles raison aux auteurs qui se sont appuyés sur elles pour contester la valeur de l'ensemble symptomatique attribué à l'épilepsie mentale?

Du moment où l'amnésie est presque constante à la suite des impulsions et que dans la presque généralité des cas elle est absolue, complète, réelle, il n'y a évidemment pas lieu, à

(1) Ball. — *L'Encéphale,* janvier-février 1886.

cause des exceptions, d'en méconnaître la valeur. Des exceptions ne sont pas de nature à infirmer une règle. D'ailleurs, comme le faisait judicieusement observer Ball dans une communication à la Société médico-psychologique, on peut fort bien comparer ce qui se passe dans les cas de ce genre à ce qui se produit dans certains cas de somnambulisme où, contrairement à la règle, les individus conservent le souvenir de faits qui se sont passés pendant la période de sommeil [1]. L'amnésie soudaine qui accompagne les impulsions épileptiques leur appartient d'une manière intime; elle en est un des signes les plus marqués, et c'est avec raison que M. Sollier a pu dire: « L'amnésie simple est tellement caractéristique de l'épilepsie, sous quelque forme que ce paroxysme se présente, que, lorsqu'on le constate, on doit immédiatement y songer. Elle a une importance toute particulière dans l'épilepsie larvée, et sa constatation, en présence d'un acte insolite, doit faire rechercher les autres indices capables de révéler l'épilepsie [2]. »

L'inconscience et l'amnésie des actes ont une conséquence dont la constatation est importante au point de vue de la médecine légale; c'est que les épileptiques impulsifs, ayant accompli leurs délits ou leurs crimes d'une manière ouverte, ne prennent ensuite aucun soin pour les dissimuler, pour se sauver, pour se dérober aux yeux de témoins importuns. Elles font encore que l'individu montre une grande indifférence à l'égard de ce qu'il vient de faire et que, même lorsqu'il est revenu à lui, il n'en manifeste souvent aucun remords.

Un autre symptôme, également très significatif et que Morel et M. J. Falret ont indiqué, c'est l'identité des attaques impulsives entre elles. M. J. Falret, en ce qui concerne la manie impulsive des épileptiques, a même donné cette identité comme une règle générale. « Un caractère très important de la manie épileptique, dit-il, caractère qui lui est du reste commun avec la plupart des manies intermittentes, c'est la ressemblance absolue de tous les accès chez le même malade, non seulement dans leur ensemble, mais dans chacun de leurs

[1] *Annales médico-psychologiques*, 1888, 2e semestre, p. 255.
[2] SOLLIER. — *Les troubles de la mémoire*, p. 174. Paris. 1892.

détails. Lorsqu'on a observé avec soin les diverses phases d'un premier accès de manie épileptique, on est vraiment frappé d'étonnement en constatant que le même malade exprime les mêmes idées, profère les mêmes paroles, se livre aux mêmes actes, éprouve en un mot les mêmes phénomènes physiques et moraux à chacune des périodes de chaque nouvel accès. Ses idées, ses paroles et ses actes sont comme empreints de fatalité et se reproduisent avec une surprenante uniformité à tous les accès [1]. »

M. Magnan constate lui aussi cette uniformité dans les accès de manie impulsive et nous pouvons lui emprunter des exemples. « Un homme que nous avons, dit-il, actuellement dans le service et qui entre pour la cinquième ou sixième fois, présente à chacun de ses accès la même excitation, la même incohérence, poussant les mêmes cris avec les mêmes intonations et répétant les mêmes propos orduriers. Après trois jours, il revient à lui et s'excuse de ce qu'il a pu dire, manifestant des regrets d'avoir peut-être encore injurié tout le monde. Il ne connaît, du reste, son état que parce qu'on le lui a déjà dépeint maintes fois. » Un autre malade avait des accès dans lesquels on voyait se reproduire les mêmes idées délirantes. Au début, il se disait fils de Dieu, parlait de ressusciter son père, déclamait. Puis, après un jour ou deux de délire, il revenait à la vie réelle et niait avoir jamais parlé de Dieu. Ainsi, après chaque accès, il avait de l'amnésie. Puis, quand un nouvel accès recommençait, il avait le ressouvenir évident des idées, des paroles et des sentiments de l'accès précédent.

L'identité des accès existe également pour les impulsions indemnes d'excitation maniaque. C'est ainsi qu'on peut voir les individus sujets aux accès de vagabondage, les recommencer toujours de la même manière, en y accomplissant les mêmes actes, délictueux ou non : ici le vol, là des violences, ailleurs des actes d'autre nature. Savage parle d'une dame qui, dans des conditions de ce genre, devenait soudain très pâle, tournait la tête de côté et prononçait à la file une vingtaine de mots, toujours les mêmes et dans le même ordre;

(1) J. Falret. — *État mental des épileptiques.*

puis reprenait la conversation au point où elle l'avait laissée (1). M. Chambard a raconté l'histoire d'un épileptique assassin, sujet à des accès impulsifs survenant souvent la nuit; il se levait, se rendait près de son beau-père avec qui il avait eu réellement des difficultés, l'accablait d'injures et de menaces, rentrait chez lui et le lendemain ne conservait aucun souvenir de ce qu'il venait de faire. Mais un jour, dans un accès du même genre, il alla prendre son fusil et, au lieu d'invectiver son beau-père, il l'étendit raide mort d'un coup de feu en pleine poitrine (2).

M. Féré, au sujet de cette identité, fait un rapprochement intéressant entre les attaques impulsives et les attaques convulsives, et remarque qu'elle établit une parité de plus entre les convulsions mentales et les convulsions motrices. Ces dernières sont toujours semblables à elles-mêmes, avec plus ou moins d'intensité, et du moment où la maladie est la même, avec des manifestations différentes, il n'est pas étonnant de voir ces manifestations revêtir des signes extérieurs communs.

Si fréquente que soit cette identité, il ne serait pas vrai de l'ériger en règle absolue; non seulement des accès qui se ressemblent par quelques côtés chez un même individu peuvent avoir des points de dissemblance; mais encore cet individu peut avoir des impulsions bien différentes entre elles : les unes légères et courtes, les autres longues et violentes, sans que ces deux caractères soient nécessairement en concordance l'un avec l'autre.

A l'identité des attaques entre elles se rattache un autre caractère qu'il est assez fréquent de rencontrer dans les impulsions épileptiques, c'est qu'elles reviennent périodiquement, avec une certaine régularité. M. Féré constate que, chez le même malade, souvent elles se répètent à la même heure et dans des circonstances analogues. Echeverria attache une grande importance à cette périodicité paroxysmale et la regarde comme un des bons signes de l'impulsion épileptique. « Les attaques d'épilepsie mentale, dit-il, se répètent sous la

(1) Savage. — *Epilepsy and insanity*, dans le *Dictionary of psychological medicine*, par Hack Tuke.

(2) Chambard. — Assassinat commis par un épileptique (*Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1892, t. XXVII, p. 459).

forme paroxysmale. L'accès d'épilepsie mentale n'est jamais solitaire; il suppose nécessairement l'existence d'autres attaques semblables et manifeste par conséquent une folie qui indique un degré avancé de la névrose épileptique[1]. »

Dans la presque généralité des cas, la crise impulsive se dénoue brusquement. Cette terminaison est identique à ce que l'on observe dans quelques cas de folie à double forme où le changement d'attitude du malade après sa crise se fait pour ainsi dire en un instant. C'est, comme le dit M. Burlureaux, du jour au lendemain, d'une heure à l'autre, que des délires qui ont pu durer plusieurs jours disparaissent pour ne revenir qu'à échéance lointaine.

Dans le délire maniaque épileptique, il y a souvent une série d'impulsions plus ou moins rapprochées les unes des autres et qui toutes participent des caractères de soudaineté et d'instantanéité. L'automatisme y est moins évident que dans les impulsions sans agitation maniaque; cependant, en regardant de près les malades, on peut aisément reconnaître qu'ils agissent en véritables automates.

En ce qui concerne la fréquence et l'intensité des impulsions, il en est d'elles comme des convulsions motrices; elles sont très variables et il est impossible de fixer la moindre règle à leur égard. Les épileptiques sujets aux vertiges et aux absences semblent avoir des impulsions plus fréquentes que les autres; elles peuvent chez eux se répéter chaque jour. La fréquence n'a aucune corrélation nécessaire avec l'intensité.

La durée des impulsions est, elle aussi, très variable. Un grand nombre sont, pour ainsi dire, momentanées et nous avons tout à l'heure parlé des conditions d'instantanéité dans lesquelles elles se produisent; mais quelquefois elles durent plusieurs jours, avec une continuité plus ou moins parfaite. Ce sont surtout les impulsions au vagabondage qui, de celles qui surviennent en dehors de la fureur maniaque, se prolon-

(1) *Comptes rendus du Congrès de Médecine mentale de Paris,* 1878, p. 253.

gent le plus longuement. Le malade observé par Charcot est resté jusqu'à huit jours de suite en état d'automatisme impulsif. Quant aux accès de délire impulsif, ils peuvent durer encore davantage et l'on en a vu persister plusieurs semaines.

Les actes accomplis par les épileptiques au cours de leurs accès impulsifs présentent un certain nombre de caractères généraux qui apportent leur contingent à la séméiologie des impulsions irrésistibles. Nous devons donc examiner ces caractères qui, d'ailleurs, au point de vue de la médecine légale, sont d'un très grand intérêt.

Ces actes participent souvent de l'un des caractères des impulsions elles-mêmes; ils sont instantanés et subits; leur soudaineté est alors presque absolue et leur durée est courte; il y a fusion intime entre l'impulsion et l'acte qui en réalité ne font qu'un. Mais souvent aussi les actes se prolongent dans des conditions telles que ce n'est plus seulement un seul acte, mais une série d'actes qui paraissent s'enchaîner les uns les autres et qui forment un tout assez homogène. C'est alors qu'on voit s'exercer cette conscience dont nous avons constaté la persistance au cours des accès et qui imprime aux divers actes une sorte de coordination.

Quelles que soient leur simplicité ou leur complexité, les actes impulsifs sont de la nature la plus diverse, les uns d'une innocuité absolue, les autres sensiblement désordonnés; quelques-uns d'une gravité extrême par le danger qu'ils font courir soit aux malades eux-mêmes, soit aux personnes qui se trouvent à la portée de ceux-ci. Il n'y a qu'à parcourir les nombreuses observations d'impulsions irrésistibles qui ont été publiées pour se rendre compte de l'extrême diversité de ces actes; les plus élémentaires d'entre eux ne sont pas du ressort de la médecine légale; mais, en dehors même de ceux qui se traduisent par des crimes, il y en a un grand nombre qui revêtent un caractère nettement délictueux.

En général, les actes des épileptiques sont indépendants des circonstances extérieures et n'ont aucune corrélation avec ce que le malade faisait ou pensait au moment où il a été saisi par l'accès impulsif. Souvent aussi ces actes sont tout à fait en désaccord avec les tendances habituelles des malades; tel

était très doux, inoffensif, qui devient inopinément meurtrier; tel autre est un très honnête homme qui voit inopinément planer sur lui une inculpation de vol ou d'outrage public à la pudeur. Enfin, la plupart du temps l'impulsif a agi sans motif appréciable et tout à fait au hasard. C'est en tenant compte de ces diverses conditions que Marc était autorisé à dire que, parmi les signes de la folie impulsive, il faut compter comme un phénomène important, surtout au point de vue médico-légal, que l'action incriminée se trouve en contradiction avec la manière de penser et d'agir de celui qui l'a exécutée (1). L'épileptique fait tomber ses violences homicides sur les premières personnes qu'il rencontre; ce sont alors ses proches parents, des amis qui se trouvaient près de lui; ou bien des étrangers, des inconnus, des indifférents. Le suicide se fait comme par occasion. Le vagabondage entraîne l'impulsif là où il n'a que faire, loin de chez lui, loin de ses affaires, lui faisant prendre machinalement, à la suite l'un de l'autre, les chemins qui se présentent devant ses pas. Le malade ne se dirige pas, il n'apprécie pas la valeur de ce qu'il fait; il se borne à agir. C'est bien des actes accomplis dans ces conditions qu'on peut dire qu'ils sont automatiques.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi et l'on peut se trouver en présence de deux circonstances toutes différentes : l'une, que le malade paraisse avoir des motifs de faire ce qu'il fait, et qu'en l'accomplissant, il se conforme à des idées, à des sentiments qu'il exprimait lorsqu'il était réellement en possession de lui-même; l'autre, que les actes accomplis pendant l'accès d'impulsion soient la suite, la continuation des actes que le malade accomplissait lorsqu'il a été atteint par la crise impulsive. Mais dans un cas comme dans l'autre, il faut tenir compte de ce fait, sur lequel nous insisterons plus loin, c'est que le malade réalise, sans le vouloir, sans y mettre une intention libre, les idées, les motifs qu'il avait pu avoir dans des dispositions tout autres. On ne peut pas dire qu'alors les actes soient l'effet, la conséquence des idées, des intentions antérieures; suivant une expression heureuse de M. Riu (2),

(1) Marc. — *De la folie*, t. II, p. 552. Paris, 1840.
(2) Riu. — Quelques observations sur le délire épileptique (*Annales médico-psychologiques*, 1885, 2e semestre, p. 253).

ils en sont plutôt un simple reflet. Du reste, ils reflètent ainsi aussi bien l'état pathologique que l'état normal du malade.

Echeverria, dans une étude qu'il leur a spécialement consacrée, a beaucoup insisté sur l'importance de ces constatations et a montré qu'elles arrivent à mettre en lumière ces deux données : qu'un épileptique en état de délire peut paraître avoir prémédité les actes qu'il accomplit sous l'influence d'une impulsion irrésistible ; que quelquefois les actes accomplis peuvent paraître tout à fait motivés et avoir une cause déterminée[1]. Il rapporte un certain nombre d'exemples observés par lui ou empruntés à divers auteurs. En voici un entre autres que nous abrégeons :

Une jeune fille, sujette à des accès de grand et de petit mal, fut un jour fortement contrariée par sa mère qui lui refusait un amusement désiré. A quelque temps de là, à la suite d'accès convulsifs, elle fut prise de délire. En cet état, elle demanda de nouveau à sa mère la satisfaction qui lui avait été refusée. Et comme sa mère, pour éviter l'excitation, cherchait à détourner son attention par quelques vagues promesses, elle parut ne pas insister et demanda un verre d'eau. Puis elle pria sa mère de s'asseoir près d'elle, et comme celle-ci le faisait sans défiance, elle lui donna alors inopinément sur la tête, avec ce verre, un grand coup qui la blessa grièvement. La fille de s'écrier alors : « Maintenant je suis contente ! Ne me laisserez-vous pas faire ce que je veux ? » Mais l'accès de délire passé, la jeune fille n'eut pas le moindre souvenir de ce qu'elle avait fait ; on le lui cacha, car elle aimait profondément sa mère et eût été très affectée d'apprendre qu'elle l'avait blessée.

Gowers rapporte un fait qui est encore plus curieux, tant il semble bien indiquer une préméditation et une intention formelles : « Un jeune épileptique, qui m'était très affectionné quand il allait bien, me prenait en aversion profonde dans l'excitation qui suivait ses accès. Un jour, on le trouva occupé, avec un autre malade, à confectionner une arme qu'il avait l'intention de cacher, pour m'en frapper au moment favorable. Lorsqu'il sortit de son état de trouble épileptique, il fut très

(1) Echeverria. — On epileptic violence (*Journal of mental Science,* april 1885).

étonné d'apprendre ce qu'il avait fait et me dit qu'il n'en avait aucun souvenir, ce qui me parut être vrai. Le complot fait avec un autre malade, le but déterminé dans lequel il fabriquait une arme mortelle, tout cela dans un état d'inconscience épileptique; je ne l'aurais pas cru possible si je ne l'avais vu moi-même. Supposons que cet épileptique n'eût pas été dans un Asile, supposons qu'un médecin, dans le cas de meurtre, l'eût déclaré irresponsable, en affirmant qu'il avait été inconscient, avec quel dédain et quelle incrédulité certains juges eussent-ils accueilli une telle déclaration (1)! »

Comme exemple des situations dont nous nous occupons en ce moment, prenons encore le fait suivant, rapporté par M. Féré. « Depuis plusieurs années, dit celui-ci, je donne des soins à un homme de cinquante ans, qui n'a que des accès rares et reste capable de diriger une importante affaire industrielle. Il lui arrive, chaque fois qu'il a son accès de jour, d'oublier une série d'actes accomplis en public, dans son bureau, devant de nombreux employés ou ailleurs, actes qui sont parfaitement adaptés aux circonstances, qui ont souvent une grande importance matérielle. Cette situation ne dure jamais moins d'une demi-heure et a duré quelquefois jusqu'à une heure (2). »

Il y a là, comme on le voit, des conditions intéressantes dont il importe de tenir compte dans l'appréciation de l'état mental des épileptiques : « Que l'état psychique antérieur soit normal ou pathologique, dit à ce sujet M. Féré, l'influence de l'ictus épileptique est la même, mais elle peut se manifester sous deux formes. Dans l'une, le malade, après le choc, poursuit une idée préexistante ou continue un acte commencé, met à exécution un projet récemment combiné, etc., etc. La disposition mentale existante au moment de l'ictus n'est pas interrompue, qu'elle consiste en idées raisonnables, se rapportant à la profession, par exemple, ou en idées déraisonnables. Dans l'autre forme, l'ictus interrompt l'idée immédiatement préexistante ou l'acte commencé et détermine une action qui est, ou bien la répétition d'une action identique ancienne, ou bien l'exécution d'une idée antérieure. Le délire

(1) Gowers. — *Traité de l'épilepsie,* traduct. A. Carrier.
(2) Féré. — *Des épilepsies,* p. 85.

épileptique n'est, en somme, souvent que l'exécution automatique d'une idée préexistante, ou normale ou pathologique (1). »

Notons une dernière particularité des actes épileptiques : c'est que lorsqu'il est entraîné à des accès de violence, le malade y déploie une force et une intensité de mouvement extraordinaires. Il agit comme s'il rencontrait devant lui une résistance extrême et se précipite comme entraîné par une poussée énergique. S'il commet un meurtre, il se rue sur sa victime et renouvelle même sur le cadavre des coups devenus inutiles; ou bien, après avoir massacré une personne, il se jette sur une autre et en frappe autant qu'il en rencontre. Quand il s'attaque aux objets, il les réduit en pièces en s'acharnant sur les débris. Dans les courses vagabondes, il marche devant lui, marche toujours, sans être arrêté par la fatigue ni les obstacles, et ses vêtements, surtout ses chaussures, portent les marques de l'activité dévorante de sa marche. On dirait que dans toutes ces circonstances sa vigueur se trouve inopinément centuplée.

VIII. — Diagnostic des impulsions irrésistibles des épileptiques.

La constatation de l'impulsion elle-même est une simple question de fait et la concordance des signes dont nous avons parlé permet d'en faire le diagnostic.

Ce qui est plus important, et souvent plus délicat, c'est de savoir, abstraction faite des accidents convulsifs de l'épilepsie, si on a affaire à une impulsion épileptique et ne point la confondre avec les impulsions qui peuvent se présenter dans d'autres états morbides.

La connaissance des accidents convulsifs et des divers signes de l'épilepsie proprement dite est assurément le meilleur moyen d'établir la nature des troubles impulsifs qu'il s'agit de juger; mais il peut se faire que cette connaissance fasse défaut, soit qu'on ne puisse par soi-même constater les attaques, soit

(1) Féré. — *Des épilepsies*, p. 148

qu'il ne se trouve personne ou rien pour dévoiler leur existence.

En fait, c'est encore ici la double question ou de l'épilepsie larvée ou de l'épilepsie méconnue qui revient sous une autre forme. Mais, comme nous l'avons dit, peu importe qu'il n'y ait pas d'épilepsie larvée, qu'il n'y ait que de l'épilepsie méconnue, le problème à résoudre est toujours le même: il faut savoir attribuer à l'épilepsie ce qui lui appartient et ne point se tromper sur la nature des impulsions irrésistibles qui s'y rattachent.

Il y a, avons-nous dit, deux situations différentes; celle des impulsions qui se produisent au milieu de l'appareil de l'excitation maniaque, celles qui sont exemptes de cet appareil.

Les accès de manie furieuse impulsive épileptique ont une physionomie caractéristique. En général, le délire y débute brusquement; le malade, en peu d'instants, y est porté à des tendances agressives, violentes, dans lesquelles il cherche à atteindre ceux qui l'entourent ou à détruire les objets qui sont à sa portée. C'est dans cet état que l'impulsion se produit, aboutissant aux actes les plus graves, les plus terribles. Puis, après une exaltation dont la durée est variable mais généralement courte, de quelques heures à quelques jours, le malade se calme rapidement, pour finir assez souvent par une phase de stupeur et d'hébétude, à la suite de laquelle, comme sortant d'un affreux sommeil, il se retrouve dans son état normal.

Ni la manie aiguë, ni le délire aigu, ni les formes maniaques des intoxications, notamment de l'intoxication alcoolique, n'ont des allures du même genre.

En ce qui concerne la manie aiguë, les apparences extérieures sont sensiblement différentes. M. Christian rappelle que « quelle que soit la violence du délire, jamais l'agitation de l'épileptique n'est franche, nette, comme celle du maniaque; jamais on n'y rencontre cette exubérance, cette expansion, cette gaîté même, qui accompagnent si fréquemment la manie. Il y a toujours, chez l'épileptique, quelque chose de sombre, de farouche; le malade est comme sous l'impression d'un horrible cauchemar » (1).

(1) Christian. — *Épilepsie,* p. 114.

La manie impulsive épileptique s'accompagne habituellement d'hallucinations terrifiantes obsédant le malade, qui expliquent son état de cauchemar et qui entretiennent son excitation. On rencontre des hallucinations analogues dans le délire alcoolique et dans certaines autres intoxications, notamment celles de la belladone et du datura. Mais habituellement le délire alcoolique est plus prolongé et ne se termine pas de la même manière que le délire épileptique; les hallucinations y affectent surtout la vue et le malade voit des animaux bizarres, des monstres effrayants, des hommes menaçants, genre de visions qui n'existe pas dans l'épilepsie, où c'est l'ouïe qui est le plus souvent affectée.

On rencontre, cependant, des formes de folie transitoire de nature impulsive, dues à l'intoxication alcoolique, dont le diagnostic, par rapport au délire de l'épileptique, peut présenter de réelles difficultés (1). Cette sorte de folie transitoire alcoolique débute assez brusquement; les malades y sont pris d'impulsions subites, nullement motivées, principalement d'impulsions au suicide et à la violence; après l'accès ils tombent dans un état de prostration, de stupeur, d'hébétude et finalement ils reviennent à eux, n'ayant qu'un souvenir très confus des actes qu'ils ont pu commettre.

Malgré les apparences sensiblement identiques de ce délire impulsif et des impressions maniaques épileptiques, on pourra le reconnaître à ce fait que l'agitation du malade y est moins brutale que dans l'épilepsie, que l'impulsion y est moins brusque, moins entraînante; qu'elle est presque toujours déterminée par des hallucinations. En outre, alors que dans l'épilepsie on peut se trouver dans l'impossibilité de découvrir des troubles convulsifs, dans le délire transitoire alcoolique il sera toujours possible d'apprendre que le malade a fait, à une époque voisine de l'accès impulsif, des excès de boisson. Il ne faut pas oublier, en fin de compte, qu'il y a une épilepsie alcoolique, et qu'en pareil cas, ce qu'on serait quelquefois tenté d'attribuer à l'alcoolisme n'est peut-être que le fait de l'épilepsie elle-même.

Le diagnostic des impulsions irrésistibles exemptes de l'appa-

(1) DAGONET. — *Traité des maladies mentales* p. 551. Paris 1894.

reil d'excitation maniaque peut, lui aussi, être quelquefois difficile. Cependant ces impulsions présentent des signes intrinsèques en nombre suffisant pour qu'on puisse affirmer qu'ils ont une physionomie qui leur est propre.

Rappelons la définition que Morel, J. Falret, Billod, en ont donnée : « Un trouble purement mental, purement intellectuel, caractérisé par une impulsion ou des tendances impulsives subites, irrésistibles, commençant inopinément et finissant de même, avec perte de la mémoire des faits accomplis pendant la période d'impulsion. » Nous trouvons là un ensemble de signes qu'on ne trouve guère de la même façon dans aucun autre état morbide.

La brusquerie du début est en concordance avec la nature impulsive des actes, et cela mérite d'être pris en considération d'autant plus grande que la tendance impulsive se présente ici sous sa forme la plus nette et la plus instantanée. « Après la perte du souvenir, disait Billod, la disposition impulsive constitue un des signes les plus caractéristiques de l'état épileptique. Telle est même son importance à mes yeux qu'il pourrait suffire, en tout état de cause, à l'affirmation de la névrose épileptique (1). »

Lasègue semble avoir eu la même opinion. Il constate que les épileptiques représentent l'expression la plus caractéristique des affections cérébrales impulsives, revenant par accès; que leurs crises cérébrales sont bien déterminées par l'instantanéité, l'inconscience, l'imprévu des attaques (2). Cette opinion se justifie par cette considération, dont M. Féré, comme nous l'avons vu, signale l'importance (3), que les équivalents psychiques sont d'une espèce identique aux accidents convulsifs. Dans un cas comme dans l'autre, le malade est inopinément frappé et précipité soit dans l'action, soit dans la convulsion.

La nature des actes, la répétition identique des accès, la similitude de leur évolution; tout cela encore, qu'il faut prendre en considération, est très significatif. Nous croyons y avoir suffisamment insisté précédemment, et nous nous bornerons à rappeler ici ces paroles de M. J. Falret : « Quand vous rencon-

(1) *Annales médico-psychologiques,* 1873, 2e semestre, p. 229.
(2) Lasègue. — *Etudes médicales :* Des délires par accès, p. 668. Paris, 1884.
(3) Féré. — *Les épilepsies,* p. 141.

trez des actes isolés, violences, attentats à la pudeur, homicides, suicides, incendies, que rien ne semble avoir préparés, examinez attentivement et, si vous trouvez la perte de mémoire après l'accès terminé, la périodicité dans le retour des mêmes actes, la brièveté dans la durée, vous pouvez penser à une épilepsie larvée [1]. »

Sans doute, on peut prendre isolément chacun des caractères attribués à l'accès d'impulsion épileptique et montrer qu'en soi ils n'ont rien de pathognomonique. Garimond, M. Christian l'ont fait et ont donné beaucoup de précision aux considérations qu'ils ont émises à ce sujet [2]. Ainsi l'instantanéité, la rapidité, la violence des impulsions se voient chez des aliénés non épileptiques; la périodicité est propre à diverses formes d'aliénation mentale; et enfin, il y a bien des malades qui, leurs accès de délire passés, ne se souviennent pas de ce qui leur est advenu.

Mais, en réalité, cette sorte de dissection des symptômes n'empêche pas que, réunis, ils forment un tout bien homogène, que leur ensemble est démonstratif, permet de fixer l'opinion et d'asseoir un bon diagnostic.

La grande difficulté n'est pas, une fois les signes connus, d'affirmer l'existence de l'impulsion épileptique, elle est plutôt de constater ces signes eux-mêmes, et l'on conçoit bien que cela est d'une grande importance au point de vue de la médecine légale. En effet, de la découverte ou de l'omission d'un seul peut dépendre la possibilité de formuler un diagnostic d'où dépendra la conduite de la justice à l'égard d'un inculpé.

Or, ces signes sont fugaces; la rapidité de leur évolution peut empêcher de les saisir, les laisser passer inaperçus ou les faire mal interpréter; enfin, l'un d'eux, et des plus importants, la perte du souvenir, ne peut se déterminer que par le témoignage du principal intéressé : ce témoignage sera-t-il fidèle, certain, authentique?

Le médecin doit ici faire appel à tout son savoir et à toute

(1) J. Falret. — *Annales médico-psychologiques*, 1873, 2e semestre, p. 162.
(2) Garimond. — Contribution à l'histoire de l'épilepsie (*Annales médico-psychologiques*, 1878, 1er semestre).
Christian. — *Épilepsie.*

sa prudence. Il doit n'accueillir comme valable que ce qui lui paraît absolument évident; il doit ne tenir compte de tout ce qui lui est indiqué que si la précision en est absolue; ce qui n'empêche pas qu'il ne doive, par une investigation attentive, chercher à provoquer la découverte de particularités auxquelles on ne songerait pas s'il ne mettait sur la voie de le faire et qui peuvent lui être utiles. Il doit concilier les droits de la clinique avec les devoirs de l'application médico-légale. Or, en clinique, il faut savoir marcher de l'avant et pratiquer avec quelque hardiesse la méthode d'induction; mais, en médecine légale, il faut ne se prononcer que sur des faits réellement tangibles et dont l'interprétation ne soit nullement hypothétique. Cependant, ces deux manières de faire ne sont point exclusives l'une de l'autre et, à l'occasion, se complètent avantageusement.

Si l'ensemble des signes propres à l'impulsion épileptique calme est assez complet, il y a peu à craindre qu'ils se laissent confondre avec des impulsions appartenant à d'autres états morbides.

L'inconscience, ou mieux l'amnésie, étant partie de cet ensemble symptomatique, on ne risque pas d'établir la confusion avec des impulsions ayant les mêmes apparences, mais où le malade conserverait intact le souvenir de ce qui lui est arrivé. Si les progrès de la science amenaient à reconnaître qu'il faut réellement rattacher à l'épilepsie certains cas d'impulsion entièrement consciente, si les données dont MM. Lemoine et Hennocq ont fait l'étude venaient à se trouver applicables à d'autres états d'épilepsie, il n'en resterait pas moins certain que cette amnésie est d'une grande valeur diagnostique dans les cas où elle se rencontre.

Les impulsions irrésistibles qui, dans certains cas, ressemblent le plus à celles des épileptiques sont celles des hystériques, notamment celles qui se présentent sous la forme du vagabondage, des fugues irrésistibles. Il est important de ne pas les confondre. M. Félix Voisin est un des premiers qui aient étudié les moyens de le faire (1); les éléments de diag-

(1) Félix Voisin. — Fugues inconscientes chez les hystériques (*Comptes rendus du Congrès de Médecine mentale,* Paris, 1888).

nostic différentiel qu'il a su reconnaître ont été complétés ou précisés par divers observateurs, notamment par MM. Régis, Tissié, Géhin, dont nous avons déjà mentionné les importants travaux sur ce sujet. M. Régis, en une page d'une grande netteté, a établi avec précision les caractères distinctifs de ces deux variétés d'impulsions vagabondes (1). Il montre que, dans l'épilepsie, l'entraînement est absolument automatique, tandis que, dans l'hystérie au contraire, le sujet est véritablement en état de somnambulisme. « Chez celui-ci, l'idée du voyage à accomplir répond souvent à un désir ou même à un besoin impérieux qui se manifeste et réagit spontanément durant le sommeil nerveux, et le malade l'exécute d'une manière presque normale.... D'autre part, l'amnésie de la fugue, bien que constante, n'est pas aussi profonde et aussi absolue que dans l'épilepsie, et des débris de la scène surnagent dans les souvenirs. »

En outre, il y a ce fait d'une grande importance, c'est que, chez l'hystérique, le sommeil hypnotique permet de faire revivre avec précision toutes les phases de l'accès de vagabondage; le malade récupère alors le souvenir de son accès et le raconte dans tous ses détails, pour retomber, au réveil, dans l'amnésie antécédente. L'épileptique, au contraire, qui d'ailleurs est assez rebelle au sommeil artificiel, ne se rappelle absolument rien, alors même qu'on parvient à l'y plonger.

M. Géhin, d'autre part, fait remarquer, en ce qui concerne les crises de courte durée, que chez l'hystérique elles surviennent après un certain nombre de prodromes, et se terminent soit par un sommeil naturel, soit par un retour tranquille à la connaissance; tandis que, chez l'épileptique, la crise survient brusquement et la terminaison de l'accès se fait avec stertor et avec une hébétude plus ou moins prolongée. En ce qui concerne les accès de longue durée, qui persistent plusieurs heures ou plusieurs jours, chez l'hystérique, tous les actes sont méthodiques et dans une coordination parfaite; tandis que les épileptiques ne coordonnent pas leurs mouvements d'une manière aussi régulière. On les voit errer sans but, allant de droite et de gauche, s'emparant des objets qui sont à portée de leur main, et renversant souvent personnes ou choses, tout ce qui

(1) Régis. — Automatisme ambulatoire hystérique (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1893).

leur fait obstacle. Si l'épileptique, dans sa crise, entreprend un travail qu'il ait déjà fait, il y met beaucoup moins de suite et de régularité que l'hystérique.

Les dégénérés, eux aussi, ont parfois des impulsions au vagabondage (dromomanie de Régis et Dubourdieu); mais chez eux l'inconscience est tout à fait rare; le souvenir des crises persiste et, en tout cas, leur manière d'être, dans l'intervalle des crises, est bien différente de celle des épileptiques; à quelque moment qu'on les prenne, ils se montrent ce qu'ils sont réellement.

Tout récemment, M. Ch. Berger a publié (1) des observations vraiment curieuses d'accès de vagabondage chez des individus atteints de paralysie générale; accès qui surviennent surtout à la période prodromique de la maladie et dont la connaissance peut, à l'occasion, permettre d'établir de bonne heure un diagnostic; mais les caractères d'incohérence qui marquent les actes des paralytiques, la semi-conscience qui persiste, empêchent qu'il puisse y avoir confusion avec les impulsions des épileptiques.

IX. — Applications médico-légales.

D'après la loi française, qui à cet égard est une des plus simples et des mieux conçues qui existent, tout individu dont la volonté n'est plus libre doit être considéré comme irresponsable de ses actes.

C'est donc de là qu'il faut partir pour examiner quels sont, en matière de crimes et de délits, les rapports de l'épilepsie impulsive avec la loi pénale.

Nous avons ici à nous occuper de deux conditions différentes; l'une a trait aux impulsions irrésistibles, qui ont fait l'objet principal de notre étude; l'autre, dont il nous paraît utile de nous occuper également, concerne cette disposition spéciale dont nous avons parlé en commençant, cette spontanéité impulsive propre aux épileptiques, qui est bien différente des impulsions proprement dites, mais à propos de laquelle

(1) Ch. Berger. — Des fugues dans la paralysie générale (*Archives cliniques de Bordeaux,* janvier 1895).

cependant peut se poser la question de responsabilité des actes.

La détermination de la responsabilité dans ces conditions diverses a été l'objet de bien des travaux; les sociétés savantes qui avaient qualité pour le faire, la Société médico-psychologique en 1873, la Société de Médecine légale en 1875, y ont consacré d'importantes discussions. Ces discussions, ces travaux méritent tous d'être consultés et on ne doit pas manquer de s'y reporter si on veut pénétrer à fond le sujet qui nous occupe.

L'un des premiers, sinon même le premier, M. J. Falret a présenté sur la médecine légale des épileptiques un ensemble de considérations formant une vraie doctrine [1], et il l'a fait d'une manière si magistrale que son travail a été le guide de tous ceux qui sont venus après lui; il a servi de guide même aux discussions dont nous venons de parler, où les orateurs ne trouvaient souvent rien de mieux à faire que d'en citer de longs passages. Dans ce que nous aurons à dire nous-même, nous nous laisserons aussi beaucoup guider par lui.

Quelqu'un a dit qu'en médecine légale il n'y avait point de maladies, mais seulement des malades. Cela est vrai des épileptiques comme des autres. Quand il est chargé par la justice de rechercher si un individu, inculpé d'un délit ou d'un crime, doit être considéré comme irresponsable de ses actes, le médecin doit sans doute déterminer si cet individu est atteint d'une maladie susceptible de lui ôter la responsabilité; mais, pour bien remplir son mandat, il doit préciser avant tout si cette maladie, au moment où tel acte a été accompli, agissait sur l'individu, oblitérait son intelligence ou annihilait sa volonté. C'est en cela qu'il faut, pour un moment donné, s'occuper du malade avant de s'occuper de sa maladie. C'est ce qu'en excellents termes, M. Motet exprimait en 1875 devant la Société de Médecine légale : « S'il est vrai, disait-il, qu'en médecine légale, on ne puisse faire un pas sans être soutenu par des notions acquises, résultat de l'expérience clinique, il n'est pas moins vrai que chaque cas particulier doit être envisagé individuellement, sans parti pris, avec une indépendance absolue;

[1] J. Falret. — *État mental des épileptiques*, 1860.

quand nous l'avons soumis à une appréciation sévère, rigoureuse, c'est seulement alors que nous sommes en droit de le rattacher à des formes connues ; c'est seulement alors que nos convictions peuvent passer dans l'esprit des magistrats que nous sommes chargés d'éclairer. Procéder autrement c'est prêter le flanc à de légitimes attaques [1]. »

Mais ici nous ne sommes pas en présence des individus; nous ne pouvons que considérer l'état morbide d'une manière générale, et nous avons à rechercher ce qui, par rapport aux impulsions ou à l'état impulsif, permet de déterminer l'irresponsabilité des épileptiques.

En ce qui concerne les impulsions irrésistibles proprement dites, la difficulté réside surtout dans le diagnostic qu'il s'agit d'en faire, diagnostic qui consiste non seulement à constater l'impulsion, mais à éliminer toutes les particularités qui seraient de nature à laisser planer un doute à son sujet. Ce diagnostic fait, les conséquences se déduisent presque d'elles-mêmes. Peu importe, d'ailleurs, l'opinion qu'on peut avoir au sujet de l'épilepsie dite *larvée*, de son existence ou de sa non-existence et de la concordance plus ou moins habituelle des troubles convulsifs avec les perturbations mentales qui relèvent de l'épilepsie. L'important est de savoir si ces perturbations mentales sont réelles et si elles empêchent l'exercice normal de la volonté. L'épilepsie, ainsi envisagée, n'est plus qu'une des formes de l'aliénation mentale ; l'épileptique impulsif est un véritable aliéné et il doit être traité comme tel.

La tâche du médecin en pareil cas n'en est pas moins très délicate. Il doit ne poser son diagnostic qu'après s'être entouré de tous les éléments possibles de certitude. Il doit se défier des renseignements qui lui sont donnés, d'autant plus que parfois c'est par eux, plutôt que par ses constatations directes, qu'il devra juger la situation. Il ne doit pas s'en rapporter à quelques affirmations plus ou moins intéressées, à des dires qui, émanant d'ordinaire de celui qui est mis en cause, devront *a priori* être tenus pour suspects. En parlant ainsi, nous avons surtout en vue l'amnésie qui, dans la plupart des cas, n'est indiquée que par l'individu lui-même, et qui cependant

[1] Motet. — *Annales d'Hygiène et de Médecine légale,* 1875, t. XLIV, p. 420.

est un des meilleurs signes caractéristiques de l'épilepsie impulsive. Mais lorsque, dans l'étude d'un fait, tout semble concourir pour établir la réalité d'une vraie impulsion irrésistible, il n'y a plus qu'à en affirmer l'existence.

Dans cette étude du fait et de ses circonstances, il y a plusieurs particularités dont il faut tenir compte, et qui, si elles n'étaient pas appréciées à leur juste valeur, pourraient conduire à des erreurs formelles. Nous les avons déjà signalées quand nous avons fait la séméiologie des impulsions irrésistibles. Mais, dans l'appréciation médico-légale des actes des épileptiques impulsifs, elles ont une si grande importance que nous croyons devoir y insister et les mettre en relief à l'aide de nouveaux exemples.

Et, tout d'abord, il ne faut pas prendre à la lettre la dénomination d'*actes inconscients* appliquée aux actes accomplis pendant la phase impulsive. Comme nous l'avons vu, ce qui est important, c'est que, l'accès passé, l'impulsif en ait perdu le souvenir ou du moins que, dans certains cas, il n'en ait plus qu'une notion vague et incertaine. Laissons hors de question les cas de conservation simultanée de la conscience et du souvenir; ils ne sont pas encore assez étudiés pour qu'il faille les mettre en cause. Mais en ce qui concerne la conservation de la connaissance, que, dans le cours même de l'accès le malade agisse ou paraisse agir comme s'il était réellement conscient, cela ne voudra pas dire qu'il n'est pas en état d'impulsion irrésistible. Une situation de ce genre se présente non seulement dans les impulsions automatiques calmes, comme les impulsions au vagabondage, mais aussi dans les impulsions de la manie furieuse où, à certains moments, les malades paraissent revenir à la réalité, répondent aux questions qu'on leur pose, reconnaissent leurs interlocuteurs, et parfois même manifestent quelque étonnement de la situation où ils se trouvent. Ce qui n'empêche pas que, l'accès passé, ils n'aient plus souvenir de rien, pas plus des paroles raisonnables que des actes déraisonnables. « Le malade, dit M. J. Falret, prononce des paroles ou se livre à des actes qui pourraient faire douter de la nature réellement épileptique de son accès et faire attribuer aux actes accomplis au milieu de cet état

tout particulier du système nerveux un caractère de liberté et de volonté morale qu'ils ne possèdent à aucun titre. » Et plus loin : « Le malade, à certains moments, paraît complètement revenu à lui-même; il entre en conversation avec les personnes qui l'entourent, il se livre à des actes qui paraissent commandés par sa volonté; il semble, en un mot, rentré dans son état normal. » Mais, malgré ces manifestations de raison, l'épileptique impulsif ne peut pas, ne doit pas être considéré comme responsable de ses actes.

Une autre particularité est relative aux mobiles des actes des épileptiques en état d'impulsion. On s'accorde à reconnaître qu'une des choses qui d'ordinaire caractérisent le mieux ces actes, c'est qu'ils sont accomplis sans motif ou qu'ils sont en complet désaccord avec les antécédents, les habitudes, la conduite et les mœurs de celui qui les a commis. Cela est vrai de la généralité d'entre eux, et lorsqu'on se trouve en présence d'un crime ou d'un délit que rien ne justifie, derrière lequel on ne voit ni l'intérêt, ni aucune passion, on a déjà de bonnes raisons de penser qu'il a été accompli d'une manière inconsciente ou irrésistible. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et, derrière les actes dont nous nous occupons, on peut, dans certaines circonstances, trouver des apparences de motifs ou les marques de la préméditation.

Il est, par exemple, des malades qui, entrés dans une phase d'impulsion, y continuent les actes qu'ils étaient en train de faire et agissent comme ils le faisaient avant le début de l'accès impulsif. Si, dans ces conditions, ils viennent à commettre un acte répréhensible, on pourrait être tenté de croire que cela a été fait en connaissance de cause. Une femme, dont parle M. Magnan, qui était sujette à des accès d'épilepsie, à des vertiges, avait un jour, en faisant sa chambre et en arrangeant son lit, replié son matelas du côté de la tête du lit et avait déposé son petit enfant sur l'autre moitié restée libre; puis, prise d'un vertige, elle avait, sans s'en rendre compte, rabattu le matelas sur l'enfant, qu'elle avait ainsi asphyxié. Quand on entra dans sa chambre, on la trouva debout, immobile, ne proférant aucune parole (1). Si on l'avait surprise autrement,

(1) Magnan. — *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, p. 37.

n'aurait-on pas été en droit de croire qu'elle avait volontairement ainsi fait périr son enfant? Internée à Sainte-Anne, elle ignora toujours dans quelles conditions son enfant était mort. C'est dans des situations du même genre que des épileptiques commettent sur eux des mutilations et font des choses qui leur sont nuisibles, mais qu'on pourrait supposer intentionnelles. Nous parlerons plus loin d'un épileptique, observé par MM. Rousselin et Foville, qui, comptable dans une administration importante, avait à maintes reprises fait à des personnes indélicates des paiements supérieurs à ce qui leur était dû et avait perdu ainsi des sommes importantes.

Dans d'autres cas, qui sont encore plus spécieux que les précédents, les impulsifs accomplissent des actes qui sont en rapport avec des idées qui avaient précédemment occupé leur intelligence et en vertu desquelles ils semblent agir. Ils se trouvent tout à fait dans les conditions matérielles de la préméditation, car la direction donnée à leurs actes est conforme à des idées, à des intentions qu'ils ont pu avoir, mais dont cependant la réalisation se fait sans la participation de leur volonté. Que, par exemple, un épileptique, dans un accès impulsif, se livre à des voies de fait, à une agression homicide contre un ennemi personnel, à l'égard duquel il aura pu avoir des idées de vengeance, la préméditation peut sembler évidente, alors qu'en réalité elle n'existe pas. M. Legroux en a rapporté, d'après Lasègue, un exemple intéressant. C'est l'histoire d'un jeune homme qui avait contre celui-ci une certaine antipathie, parce que ses conseils avaient plusieurs fois fait prendre des mesures qui contrecarraient les désirs du malade. Un jour, conduit par sa mère, le jeune homme vient consulter Lasègue. Pendant la consultation, il est pris d'une attaque d'épilepsie et tombe; mais, à peine les convulsions finies, il se traîne jusque vers les jambes du médecin qui était près de lui et cherche à le mordre, et partout où le médecin se réfugiait, observant avec intérêt les phases de ce délire impulsif, partout le malade, marchant à quatre pattes, le pourchassait, la mâchoire ouverte et prête à se refermer sur l'objet de sa haine. L'accès terminé, le malade n'avait plus conscience de son acte, qu'il n'eût pas osé faire en état de raison, tant par sentiment des convenances que par peur d'une

réprimande. De cet acte de méchanceté, qui répondait bien à des sentiments avérés du jeune homme, à un acte de meurtre, la distance est facile à franchir, et alors on peut retrouver un mobile plus ou moins plausible au crime commis (1).

Le suicide peut être accompli dans des conditions du même genre. M. Magnan en rapporte plusieurs exemples. L'impulsif arrive alors à réaliser involontairement ou inconsciemment un acte auquel il avait pensé, mais que cependant la volonté, en dehors de l'état d'impulsion, ne l'avait point amené à réaliser. Ce qui est vrai de la vengeance à l'égard des attentats contre autrui, peut l'être de tout autre état de passion, jalousie, haine, etc., et un crime inconscient peut, d'après les circonstances extérieures, avoir dès lors toutes les apparences d'un crime passionnel.

Dans ce même ordre d'idées, nous devons encore signaler des cas sur lesquels M. Féré appelle l'attention et qui, bien qu'ils soient plus rares que les précédents, ne doivent cependant pas être négligés.

Il se rencontre des épileptiques que le choc impulsif amène à regarder comme réalisées des idées qu'ils avaient avant leur accès. Il est facile de comprendre quelles conséquences graves peut avoir une disposition de ce genre. Ces épileptiques peuvent ainsi être amenés à formuler contre autrui des imputations fausses, mensongères, à dire qu'ils ont été témoins de faits en réalité absolument imaginaires, mais qui pour eux sont tout à fait vrais; à faire, dans les mêmes conditions, des dénonciations qui peuvent en imposer à autrui. M. Féré en cite un exemple qui est à la fois amusant et significatif. Un épileptique qui venait d'avoir un accès, fouille précipitamment dans ses poches et n'y trouvant pas ce qu'il cherchait, accuse deux camarades qui venaient de le secourir, de lui avoir volé son porte-monnaie. Or, on savait parfaitement qu'il n'avait ni argent ni porte-monnaie. Il finit par avouer qu'au moment où il avait été pris de son accès, il était lui-même entrain d'allonger la main pour prendre le porte-monnaie d'un autre camarade. Sous l'influence de l'excitation impulsive, son idée avait pris une intensité particulière et avait transformé dans son esprit la

(1) *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 1875, t. XLIV, p. 22.

conception qu'il s'en était faite [1]. M. Féré cite encore, d'après M. Desfossés [2], le cas analogue d'un épileptique qui, accusé d'abus de confiance par son associé, se lève brusquement pour le frapper, quand il est arrêté par une attaque. Le lendemain il avait la conviction d'avoir tué son accusateur. Ces faits montrent qu'il faut accueillir avec prudence les allégations émises par les épileptiques à la suite de leurs crises et que, notamment, un témoignage produit dans de telles circonstances serait éminemment suspect.

Signalons enfin, toujours avec M. Féré, le cas de ces malades qui, sachant qu'ils sont épileptiques et arrivant à comprendre ce qu'ils font dans leurs accès impulsifs, préfèrent endosser la responsabilité de leurs actes plutôt que de laisser connaître ou d'avouer leur maladie convulsive. « Si l'on est souvent, dit M. Féré, frappé de l'étonnement et de l'incrédulité de l'épileptique que l'on met en présence de l'acte qu'il a commis pendant un paroxysme psychique, il ne faut pas croire que son ignorance soit toujours aussi absolue, qu'il n'a jamais connaissance des faits et gestes accomplis pendant l'accès.... Il peut arriver que cet épileptique se prenne pour ainsi dire en flagrant délit, lorsque dans une fugue inconsciente il reprend connaissance loin de l'endroit où il se rendait; il comprend bien que c'est lui qui est venu; il ignore comment cela se fait, mais il ne doute pas. Parfois il se réveillera l'instrument du crime à la main ou tellement entouré de pièces à conviction qu'il lui soit impossible de ne pas reconnaître que c'est lui l'auteur de l'acte. Dans ces circonstances, il arrive que l'épileptique humilié reconnaisse son acte sans chercher à l'expliquer ou à en atténuer les conséquences [3]. » D'autres fois, les épileptiques se comportent de la même manière par résignation. Comme dit M. Féré, ils se soumettent à la fatalité, et ce fatalisme leur fait chercher des raisons pour expliquer leurs actes inconscients. Il peut arriver d'ailleurs que ces raisons elles-mêmes soient produites machinalement, sans réflexion, presque d'une manière inconsciente.

(1) Féré. — *Des épilepsies*, p. 140

(2) Desfossés. — *Essai sur les troubles des sens et de l'intelligence causés par l'épilepsie,* th. de Paris, 1878, p. 35.

(3) Féré. — *Des épilepsies*, p. 144.

Dans toutes les éventualités que nous venons d'envisager, l'épileptique est essentiellement irresponsable de ses actes. A cela, il n'y a pas le moindre doute et la chose n'est, que nous sachions, contestée actuellement par personne.

Mais en dehors des accès impulsifs proprement dits, quelle opinion faut-il se faire de la responsabilité des épileptiques? A cet égard des avis extrêmes ont été émis. Les uns prétendent que jamais ces malades ne sont responsables d'aucuns de leurs actes, que leur maladie équivaut en quelque sorte pour eux à un brevet d'aliénation mentale et que, dans l'espèce, folie et épilepsie sont deux termes à peu près synonymes. Les autres limitent strictement à la durée de l'accès impulsif le droit à l'irresponsabilité. Il fut un temps où, comme nous l'apprend M. J. Falret, « lorsqu'un acte violent, justiciable des tribunaux, était commis par un épileptique, les magistrats regardaient tout au plus sa maladie comme une circonstance atténuante en sa faveur et ils le condamnaient dans la pensée que la maladie convulsive ne pouvait être une cause suffisante pour entraver la liberté morale(1). »

Ces deux manières de concevoir les choses ont toutes deux quelque chose d'exagéré, de trop absolu.

Nous aurons tout à l'heure à faire l'application des données que nous avons établies au début de notre étude et d'après lesquelles, en certaines circonstances et en dehors des accès d'impulsion proprement dite, les épileptiques ont en eux-mêmes, dans leur maladie, des causes d'irresponsabilité.

Mais, sous réserve de ces causes, il faut reconnaître qu'en principe tout épileptique est responsable de ses actes. L'épilepsie est une maladie nerveuse, au même titre que l'hystérie; elle peut donner lieu à des accidents qui ôtent à un individu son libre arbitre; mais elle peut tout aussi bien le laisser entièrement sain d'esprit. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à examiner un certain nombre d'épileptiques et l'on trouve que la plupart d'entre eux n'ont réellement rien d'anormal dans leurs facultés mentales; en dehors de leurs crises convulsives, leur intelligence fonctionne comme celle de gens indemnes de toute maladie nerveuse. Par conséquent, quels que soient les

(1) J. Falret. — *État mental des épileptiques.*

actes coupables dont ils peuvent avoir à rendre compte, attentats, violences, vols, détournements, outrages à la pudeur, etc., on doit, le cas échéant, chercher s'ils ont été commis, soit dans une phase d'impulsion, soit dans quelque état équivalent, et ne réclamer l'irresponsabilité que pour ceux qui relèvent de conditions de ce genre. Cela revient à dire qu'un épileptique n'est irresponsable que s'il se trouve, soit momentanément, soit d'une manière habituelle, dans un état d'aliénation mentale. C'est de cette manière que l'ont compris J. Falret, Tardieu, Lasègue, Foville, Christian, Vallon et beaucoup d'autres, et leur opinion est certainement la plus judicieuse et la plus conforme aux notions les plus sages sur l'irresponsabilité des actes. En dehors de cette condition, l'épileptique sain d'esprit est responsable de tout ce qu'il fait, de telle sorte qu'un même individu peut, suivant les temps, se trouver responsable ou irresponsable.

Comme exemple des distinctions à faire en pareil cas, que l'on prenne, si l'on veut bien, l'histoire racontée par Legroux, d'un individu que Lasègue eut à examiner. Cet individu était sujet à des vertiges dans lesquels il commettait des actes délictueux, vol et vagabondage; mais il avait aussi, en dehors de toute influence d'accès vertigineux, commis sciemment des escroqueries nombreuses. Lasègue déclara qu'il y avait lieu de lui imputer la responsabilité de ces derniers délits, mais non des autres (1).

Tout récemment, M. Vallon a rapporté d'une manière détaillée et fort intéressante l'histoire d'un de ces épileptiques pervers, comme on en voit souvent, qui était sournois, menteur, querelleur, voleur. Il était sujet à des accès de délire qui revêtaient la forme de l'agitation maniaque avec hallucinations terrifiantes, anxiété, tendances désordonnées et, pour ce motif, les magistrats, à la suite d'une imputation de vol qui pesait sur lui, étaient disposés à le regarder comme irresponsable. Après un examen long et attentif, M. Vallon reconnut que le vol en question avait été commis volontairement, en état de réelle conscience, en dehors de toute impulsion, que l'individu s'en souvenait très bien; il déclara donc celui-ci responsable.

(1) *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1875, t. XLIII, p. 224.

En rapportant ce fait, M. Vallon commence par émettre des considérations si bien appropriées au sujet qui nous occupe en ce moment, qu'il est à propos de les reproduire ici : « Quelques médecins, dit-il, ont trouvé un moyen bien simple de résoudre une fois pour toutes la question de la responsabilité des épileptiques; ils ont posé en principe que la seule constatation de l'épilepsie chez un inculpé doit suffire pour le faire considérer comme n'ayant pas joui de la plénitude de sa liberté morale dans l'accomplissement de l'acte dont il s'est rendu coupable et, par suite, le faire absoudre. Une pareille doctrine est sans doute fort commode pour le médecin expert; mais on voit tout de suite combien sa mise en pratique serait dangereuse pour la société. Étendre la sphère de l'irresponsabilité morbide au point de déclarer tous les épileptiques irresponsables de tous leurs actes, ce serait donner à une catégorie malheureusement nombreuse d'individus le droit de commettre tous les délits et tous les crimes sans avoir jamais à en rendre compte à la justice. Une semblable opinion n'est pas admissible; pour mon compte, je la repousse de toutes mes forces. Une fois entré dans cette voie de l'irresponsabilité absolue de l'épileptique, il n'y aurait plus de raison de s'arrêter; après l'épilepsie, ce serait l'hystérie qui conférerait l'immunité devant la loi; puis viendrait le tour de la neurasthénie; on pourrait aller ainsi jusqu'à la migraine. Il s'en faut, en réalité, que les épileptiques soient toujours inconscients de ce qu'ils font...., parfois ils agissent avec réflexion et en toute connaissance de cause; l'irresponsabilité dans l'épilepsie n'est donc pas une; elle varie suivant les individus et, chez le même individu, suivant les moments[1]. »

En général, la distinction que les aliénistes établissent de la manière que nous venons d'indiquer est admise aussi par la justice. Cependant, voici un fait intéressant, dont nous avons déjà dit un mot, qui a été publié par Rousselin et Foville, où il n'en a pas été de même et où, conformément à la doctrine soutenue par le ministère public devant les assises, un individu fut exonéré de la responsabilité de certains faits, parce qu'ils étaient en connexion intime avec d'autres dont il était irres-

(1) VALLON. — De la responsabilité des épileptiques (*Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale,* mai 1893).

ponsable. Il s'agissait d'un comptable qui était accusé de détournements, de faux et d'usage de faux. Les faits étaient liés l'un à l'autre, puisque les faux avaient eu pour but de dissimuler les détournements. L'analyse clinique de l'affaire fit reconnaître que l'accusé avait commis ses détournements en état de mal épileptique et que, par conséquent, il en était irresponsable, tandis qu'il était conscient et bien responsable de tout le reste. Cet individu était depuis plus de vingt ans caissier à la recette principale des contributions directes dans une grande ville. Ses chefs le considéraient comme un homme honorable et avaient toute confiance en lui. Des sommes importantes, environ trente millions, lui passaient chaque année par les mains. Un jour, cet homme avoua spontanément qu'une somme d'environ vingt mille francs manquait à sa caisse, somme qui s'était accrue progressivement depuis plus de dix ans, et que, depuis le même temps, il avait fait une série de faux pour dissimuler ce déficit. Mais il ajoutait que jamais il n'avait détourné un sou à son profit et qu'il ne pouvait s'expliquer comment s'étaient produits ces déficits progressifs. Au moment de le faire passer en jugement, on apprit que depuis longtemps il était épileptique et l'on soupçonna que peut-être sa maladie n'était pas étrangère à ses actes. Son récit, lorsqu'il affirmait qu'il ne s'était jamais rien approprié, paraissait d'ailleurs sincère; il ne comprenait pas ses déficits, se demandant s'il ne faisait pas d'erreurs à son détriment ou si on ne le volait pas. Une étude attentive, non seulement par examen direct, mais aussi par témoignages nombreux et certains, permit de reconnaître, en effet, l'existence d'une épilepsie ancienne, se manifestant par des attaques convulsives, quelquefois suivies de trouble mental transitoire, et par des vertiges diurnes assez fréquents, également suivis d'accès d'inconscience momentanée. D'après les témoignages, on comprit que c'était dans ces moments d'inconscience que l'inculpé commettait des erreurs dans la manipulation de ses fonds; il payait évidemment des sommes plus fortes qu'il n'eût dû le faire. Une fois revenu à lui, il trouvait ses déficits en faisant sa caisse, et c'est alors qu'en connaissance de cause, d'une manière consciente et raisonnée, il s'appliquait à les dissimuler par des faux. Les médecins, en conséquence, déclaraient

qu'au point de vue médical l'inculpé était responsable de ses faux, mais irresponsable de ses détournements.

Le ministère public, après avoir rendu hommage au concours apporté à la justice dans cette affaire par les médecins experts, déclara qu'il s'en rapportait à leur appréciation sur le premier chef d'accusation, celui des détournements. Quant aux faux et à l'usage de faux, il déclara que, si la distinction faite par eux lui paraissait juste au point de vue moral, elle ne pouvait pas entraîner de conséquences pénales pour l'accusé. Le faux, en effet, ne fait peser de responsabilité légale qu'en raison du préjudice qu'il cause à autrui et, dans l'espèce, l'inconscience par suite de maladie étant reconnue pour les détournements, la justice n'avait pas de recours à exercer contre les moyens employés dans le but de les dissimuler. Le ministère public, à cause de cela, renonçait donc à soutenir les poursuites et invita le jury à déclarer l'inculpé non coupable; ce qui fut fait.

Le cas est curieux. Nous n'avons pas à apprécier la solution juridique qui fut donnée à cette affaire. Mais, au point de vue médical, la distinction faite par les experts était aussi juste qu'elle l'est au point de vue moral, et c'est d'après des règles de ce genre que l'on doit apprécier les différents actes des épileptiques, soit au temps de leurs attaques impulsives, soit en dehors de ces attaques, quand leur esprit n'est pas troublé par d'autres altérations mentales.

Un dernier point nous reste à examiner. Nous avons vu que ce qui établit d'une manière indiscutable l'irresponsabilité des épileptiques, c'est l'impulsion irrésistible et qu'un des signes les plus importants de cette dernière, c'est l'inconscience. Mais, d'autre part, nous avons reconnu, en commençant cette étude, que chez les épileptiques il y a une sorte de spontanéité impulsive qui se trahit en maintes circonstances, qui se traduit surtout par une grande irritabilité, par des violences de caractère, et qui, sans qu'il y ait inconscience ou amnésie, met souvent le malade dans un état où il ne se possède réellement plus. Il peut arriver ainsi qu'un épileptique se laisse aller à des colères excessives, à des emportements irréfléchis, sous l'influence desquels il pourra commettre des violences ou

d'autres actes du même genre. Ces dispositions se manifestent de telle sorte que l'individu en arrive à être véritablement dans des conditions identiques à celles de l'épileptique impulsif qui a agi dans l'inconscience. Et, néanmoins, il est alors vraiment conscient, il a plus ou moins la connaissance et le souvenir de ses actes. Mais toutefois sa volonté se trouve réellement impuissante à refréner les emportements qui l'entraînent; il subit d'une manière absolue l'influence de son tempérament d'épileptique ou, pour mieux dire, de sa maladie. Dans ce cas, à notre avis, il doit être déclaré irresponsable de tous les actes qui sont la conséquence directe de cette sorte d'impulsion; car, s'il a été entraîné alors à faire quelque chose de délictueux, de nuisible, c'est en malade qu'il l'a été; s'il n'avait pas eu le tempérament épileptique, la même chose aurait pu ne pas se produire. C'est conformément à ces données que nous sommes arrivé à formuler des conclusions d'irresponsabilité dans une affaire dont l'examen nous a été récemment confié par la justice.

Voici quel était le cas :

X... est épileptique depuis une douzaine d'années; ses crises sont fréquentes et, à un certain moment, il en a eu jusqu'à sept à huit par jour. Depuis lors, il est extrêmement irritable; à tout propos, il s'emporte en colères terribles contre sa femme, qu'il menace de tuer, contre ses enfants, qu'il brutalise, quoiqu'il les aime beaucoup. Sa fille aînée, âgée de douze ans, a grand'peur de lui et il est arrivé qu'elle n'osait pas rentrer à la maison par crainte de ses violences, dont l'explosion est absolument soudaine.

Cet homme habite la même maison que son propriétaire; il a contre celui-ci une animosité particulière, ayant eu avec lui des difficultés d'argent. Le propriétaire, de son côté, est un individu calme, nullement agressif; on le représente même comme tout à fait pusillanime et poltron.

Un soir, X... venait de se coucher et commençait à s'endormir, lorsqu'il fut réveillé par une discussion survenue dans le ménage de son voisin. De sa chambre, X... se met à invectiver celui-ci, s'imaginant que c'est à lui qu'on en veut. Sa femme réussit à le calmer et il se rendort. Mais à ce moment, une marchande à qui il était dû quelque chose vient frapper à

la porte, demandant à être payée. X... s'éveille de nouveau, accueille fort mal cette femme, avec laquelle il engage un colloque à travers la porte et l'invite à revenir le lendemain. Subitement alors, il se lève, ouvre sa porte, voit la marchande parler au voisin, rentre brusquement chez lui, s'habille en un instant, descend quatre à quatre l'escalier de son appartement, se précipite au commissariat de police, où il fait irruption, en disant qu'il vient porter plainte contre son voisin, que celui-ci avait voulu forcer sa porte et l'assassiner. On le voit surexcité, on cherche à l'apaiser en lui disant qu'on va s'occuper de sa plainte. Alors, il revient chez lui en courant, mais au lieu de rentrer dans son appartement, il enfonce la porte de son voisin, pénètre chez lui, se rue sur sa femme et sur lui, la main armée d'un coup de poing américain qu'il avait dans sa poche, les meurtrit et les couvre de blessures; puis il rentre chez lui, prend un revolver, dont il tire un coup au hasard, et l'on ne sait ce qui serait arrivé si deux agents de police, accourus au bruit, ne l'eussent désarmé et emmené au commissariat.

Comme particularités supplémentaires, il y avait à noter que sa femme, au moment où elle le vit sortir de chez lui, le trouva si exalté qu'elle prit peur et s'enfuit; que la marchande se hâta de partir elle-même et de se cacher; que l'agent qui se trouvait au commissariat au moment où X... y entra remarqua en lui une surexcitation telle qu'il paraissait comme fou; il faut noter encore que, dans la matinée du même jour, X..., étant allé chez sa mère, avait paru à celle-ci sombre et inquiet, sans qu'il eût un motif particulier de l'être.

Interrogé le lendemain sur les événements, X... montra qu'il en avait eu conscience. Cependant son récit, sur quelques points, différait de celui des autres témoins. Ainsi, il dit que ses voisins avaient été les premiers agresseurs et avaient tenté de l'assassiner, c'est pourquoi il avait couru porter plainte; il dit encore qu'à son retour chez lui il avait été assailli par trois personnes qui l'avaient frappé à coups de bâton et lui avaient meurtri la tête; il montrait sa tête où il croyait qu'on pouvait voir trace des meurtrissures. En parlant ainsi, il paraissait sincère, mais ses allégations étaient démenties par tous les témoignages.

Quand nous avons vu X..., une quinzaine de jours s'était écoulée depuis l'événement; dans l'intervalle, il avait eu plusieurs crises convulsives. Excepté l'animosité persistante contre son voisin, nous n'avons rien trouvé en lui qui, de près ou de loin, indiquât de l'aliénation mentale. Il conservait le souvenir de ce qu'il avait fait; mais, pendant qu'il nous le racontait, nous l'avons vu s'animer peu à peu et se surexciter comme s'il avait été dans l'action même. L'ayant calmé, nous l'avons vu se mettre à larmoyer comme un enfant et sans motif; il nous a ainsi paru avoir une grande instabilité nerveuse.

Certes, cet homme n'était point un aliéné. Il n'avait assurément pas eu un accès proprement dit d'impulsion irrésistible inconsciente.

D'autre part, les sentiments d'animosité qu'il nourrissait contre son voisin auraient pu d'autant mieux faire croire qu'il avait prémédité son agression, qu'au moment où celle-ci s'est produite il était armé d'un coup de poing américain, que l'on pouvait supposer avoir été pris à dessein.

Cependant il nous a semblé qu'il n'y avait point à tenir compte de ces considérations; que ce qu'il fallait avoir en vue c'est, d'abord, que cet homme, dans la journée, avait dû être un peu malade, puisque sa mère l'avait vu s'inquiéter sans motif; que, s'étant couché, il avait été réveillé à deux reprises rapprochées, et que le trouble dû à ce double réveil, joint à l'indisposition de la journée, avait amené un état de trouble mental qui, augmenté de l'animosité habituelle contre le voisin, avait abouti à une surexcitation particulière, évidemment en rapport avec l'irritabilité épileptique de cet homme; que ses impressions cérébrales s'étaient perverties au point de lui faire éprouver des douleurs céphaliques qui, dans son imagination, étaient devenues des coups de bâton sur la tête, donnés par une bande d'adversaires; que, dès lors, il ne s'était plus possédé et avait frappé à tort et à travers. Il s'était ainsi trouvé, quoique conscient en grande partie, dans un état d'impulsion réelle, et cette conclusion semblait d'autant mieux justifiée que tous ceux qui l'ont vu au moment de l'affaire avaient trouvé qu'il avait l'air absolument égaré. Nous avons donc été d'avis qu'il fallait le déclarer irresponsable, et le tribunal correctionnel de Saint-Gaudens, juge de l'affaire, a adopté nos conclusions.

Nous le répétons : ce n'est point là du tout l'impulsion irrésistible proprement dite des épileptiques; c'est un entraînement particulier, spontané et involontaire, dû cependant à l'épilepsie. Lorsqu'on le constate dans des conditions identiques à celles que nous venons d'observer, nous estimons qu'il doit entraîner l'irresponsabilité des actes, parce qu'il est l'expression directe de la maladie.

Certes, il ne faudrait pas partir de là pour excuser toutes les violences des épileptiques, toutes les colères et tous les emportements qu'ils peuvent avoir; ils en ont certainement auxquels la maladie n'a point imprimé sa marque spéciale, où ils n'ont pas réellement perdu tout empire sur eux-mêmes et dont, par conséquent, ils sont responsables.

On pourra, cependant, se demander s'il convient d'être toujours d'une rigueur inflexible à l'égard de tout épileptique qui, en dehors des conditions que nous venons d'indiquer, se laisserait aller à des injures, à des menaces, à des violences, à d'autres délits du même genre. En principe oui, mais il faut tenir également compte des circonstances, et peut-être s'en trouvera-t-il qui, dans certains cas, permettront d'excuser la faute et d'accorder ce qu'on nomme si justement *les circonstances atténuantes*. Mais on ne saurait rien faire de plus.

Pour résumer en quelques mots ce qui vient d'être dit sur les diverses conditions de la responsabilité chez les épileptiques, nous dirons :

Que l'épilepsie en elle-même n'est point une cause d'irresponsabilité, qu'elle peut fort bien laisser à l'individu toute son intégrité mentale, la libre possession de lui-même et, par conséquent, ne point le rendre irresponsable;

Qu'il y a des états d'impulsion franche, irrésistible, où la volonté est tout à fait annihilée et où, par conséquent, l'irresponsabilité est acquise; cela peut même se produire dans quelques cas où il n'y a point inconscience des actes;

Qu'en dehors de cela, tout épileptique réputé sain d'esprit et l'étant réellement, est responsable des délits qu'il a pu commettre, sauf, s'il y a lieu, admission de circonstances atténuantes.

A la médecine légale des épileptiques impulsifs se rattache

une question importante et délicate à résoudre; nous ne pouvons nous dispenser, non pas de la traiter à fond, mais d'en indiquer les données principales.

Quelles sont les mesures à prendre à l'égard des épileptiques qui, dans un accès impulsif, ont commis un crime ou un délit? Doit-on les séquestrer? Et, si on le fait, combien de temps devra durer leur séquestration? La situation est d'autant plus complexe, qu'elle comprend des éléments contradictoires. D'un côté, en effet, il y a à considérer les prescriptions légales sur la séquestration des individus réputés aliénés et, d'autre part, les éventualités morbides.

Il semble évident et nécessaire que la séquestration suive tout acte délictueux ou criminel commis involontairement par un épileptique impulsif. L'impulsion, dans ce cas, est une aliénation mentale et, en tant qu'aliéné, l'épileptique doit être mis dans l'impossibilité de nuire. Pour cela, il doit être interné dans un Asile spécial.

Mais devra-t-il y rester toujours et ne viendra-t-il pas un moment où il faudra le rendre à la liberté? La situation, ici, est assez singulière. S'il s'agissait, par exemple, d'un homicide commis par un individu ordinaire, non épileptique, non aliéné, le meurtrier, s'il échappait à la peine capitale, aurait certainement à subir une détention perpétuelle. Mais le malade que nous envisageons est un aliéné qui, dans l'état actuel des choses, va devenir justiciable des lois sur les aliénés. Or, ces lois veulent que tout aliéné guéri soit mis en liberté. Par conséquent, s'il vient à guérir, ce qui n'est point impossible, notre épileptique impulsif, qui a été homicide, devra, en dépit de son acte criminel et conformément aux lois, être rendu à la liberté. Nous ne croyons pas que, dans l'état actuel de notre législation, il soit possible de faire autrement, et c'est avec raison que M. Giraud (1) a dit récemment que des experts dépassent leur mission lorsque, ayant à se prononcer sur les mesures à prendre à l'égard d'un épileptique inculpé de crime, ils demandent dans leurs conclusions que cet homme soit pour toute sa vie renfermé dans un Asile d'aliénés. Ils sont fondés à demander la séquestration, mais non la séquestration perpé-

(1) A. Giraud. — Revue de médecine légale (*Annales médico-psychologiques*, 1886, t. II, p. 251).

tuelle, parce que, conformément aux lois, ils doivent tenir compte des éventualités d'une guérison.

C'est au médecin de l'Asile d'aliénés à qui ces individus sont confiés que le soin incombe de déterminer ce qu'il convient de faire à leur égard. Nul doute que ce médecin sera prudent et qu'il ne proposera la sortie d'un épileptique impulsif qu'après une très longue période de contrôle, pendant laquelle il aura pu constater la disparition de toute tendance impulsive, si faible qu'elle soit. Il y aurait lieu assurément de ne pas considérer comme guéris les épileptiques qui, bien que n'ayant plus ni grandes attaques, ni vertiges, ni absences, ni impulsions d'aucune sorte, conserveraient néanmoins la moindre irritabilité. Et encore, alors même que cette irritabilité n'existerait pas, le médecin d'Asile ferait bien de ne pas prendre seul la responsabilité d'une mise en liberté. M. Burlureaux donne à cet égard un conseil très sage, qui est de demander une consultation écrite de plusieurs confrères. Il faut encore, à notre avis, aller plus loin et spécifier que ces confrères consultants devront avoir un mandat officiel et avoir été désignés par l'autorité compétente, administrative ou judiciaire.

Mais encore, même en s'entourant de toutes ces précautions, il est certainement très aléatoire de provoquer la mise en liberté d'un épileptique impulsif, et tel fait dont nous avons eu à nous occuper nous porterait à nous prononcer pour la séquestration perpétuelle. C'est par lui que nous terminerons.

Il y avait à l'Asile public d'aliénés de la Haute-Garonne un individu qui y avait été interné en 1864, à la suite du meurtre d'un de ses amis, meurtre accompli sans motif, d'une manière entièrement imprévue et soudaine, et que G. Marchant, alors directeur de l'Asile, chargé de se prononcer sur les conditions de responsabilité de cet homme, n'avait pas hésité à rattacher à la folie épileptique impulsive. Dans les années qui suivirent l'internement, bien des particularités étaient venues confirmer ce diagnostic. En 1882, au bout de dix-huit ans, la famille de cet homme demanda qu'il lui fût rendu. Elle se basait sur ce que depuis longtemps il était calme ; que depuis longtemps il n'avait manifesté aucune tendance impulsive ; que toute marque d'épilepsie avait disparu ; qu'il était âgé de près de soixante-douze ans ; que ses facultés mentales s'affaiblissaient et que,

dès lors, il semblait devoir être inoffensif. Le docteur Bouteille, qui avait succédé à G. Marchant, reconnaissait le bien-fondé de la demande de la famille. Cependant, il n'osait pas prendre sur lui seul la responsabilité de la mise en liberté et il pria l'autorité administrative de lui adjoindre deux confrères pour examiner la situation. Le mandat fut confié à M. J. Basset et à nous-même. Nous pûmes constater que l'interné était très calme, qu'il ne manifestait absolument aucune idée délirante, que quoiqu'il ne fût pas entièrement dément, ses facultés intellectuelles paraissaient réellement affaiblies. Le Dr Bouteille nous affirma que, depuis plusieurs années, il n'y avait plus trace ni d'épilepsie ni de manifestations délirantes, et que l'irritabilité, autrefois grande, avait perdu toute sa force. Nous fûmes d'avis que la sortie fût accordée. Toutefois, pour ne rien compromettre, nous demandions, dans notre rapport, que ce fût d'abord seulement à titre provisoire et que, chaque mois, jusqu'à nouvel ordre, l'individu fût examiné par le Dr Bouteille qui, au bout de six mois d'essai, pourrait, s'il y avait lieu, demander la sortie définitive. Or, la sortie provisoire eut lieu le 14 janvier 1883 et, dès le 13 avril suivant, la famille elle-même demanda la réintégration dans l'Asile. A peine arrivé chez lui, le malade était redevenu irritable ; on voyait réapparaître ses tendances impulsives d'autrefois et l'on en venait à craindre que, malgré son grand âge, il ne fît de nouveau quelque malheur. On se hâta de le réintégrer ! Il est décédé à l'Asile en 1887. Ce fait est certainement bien instructif et propre à rendre exagérément réservé sur la mise en liberté des épileptiques qui ont eu des impulsions irrésistibles.

TABLE DES MATIÈRES

DU Ier VOLUME

Bordeaux. — Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.